ANNALI

DI

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

CON LA COOPERAZIONE DEI SIGNORI

Prof. **L. Acconci**, *Genova*
Dott. **G. Bargioni**, *Firenze*
Dott. **L. Bergesio**, lib. d., *Torino*
Prof. **G. Berruti**, *Torino*
Dott. **A. Bertazzoli**, l. d., *Milano*
Prof. **L. M. Bossi**, *Novara*
Dott. **E. Bruers**, *Bologna*
Prof. **G. Calderini**, *Bologna*
Dott. **F. Candia**, *Napoli*
Dott. **F. Caruso**, lib. doc., *Napoli*
Dott. **I. Clivio**, lib. doc., *Pavia*
Prof. **G. Cosentino**, *Catania*
Dott. **G. E. Curatulo**, l. d., *Roma*
Prof. **C. De Argenta**, *Salamanca*
Dott. **C. Decio**, *Milano*
Prof. **E. F. Fabbri**, *Modena*
Prof. **E. Falaschi**, *Siena*
Dott. **M. Fermi**, *Parma*
Dott. **G. Gelli**, *Firenze*
Dott. **G. Giglio**, *Palermo*
Prof. **G. Inverardi**, *Padova*
Dott. **G. Kirch**, *Firenze*
Dott. **V. Lauro**, lib. doc., *Napoli*
Dott. **F. La Torre**, lib. d., *Roma*
Prof. **C. Liebman**, *Trieste*
Dott. **A. Manzoni**, *Milano*
Dott. **O. Marchioneschi**, l. d., *Pisa*
Dott. **C. Marocco**, lib. d., *Roma*
Dott. **A. Martinetti**, *Firenze*
Prof. **C. Massarenti**, *Bologna*
Dott. **F. Meola**, lib. doc., *Napoli*
Prof. **C. Minati**, *Pisa*
Prof. **O. Morisani**, *Napoli*
Prof. **P. Negri**, *Venezia*
Prof. **M. Pantaleo**, *Palermo*
Dott. **F. Parona**, *Novara*
Prof. **E. Pasquali**, *Roma*
Dott. **M. Pazzi**, *Bologna*
Prof. **E. Pestalozza**, *Firenze*
Dott. **G. Piazza**, *Milano*
Dott. **E. Pinzani**, lib. d., *Bologna*
Dott. **R. Polacco**, *Milano*
Dott. **N. Postiglione**, *Napoli*
Prof. **R. Pugliatti**, *Messina*
Dott. **G. Raineri**, lib. d., *Vercelli*
Dott. **G. Roncaglia**, l. d., *Modena*
Dott. **G. Resinelli**, lib. d., *Pavia*
Dott. **U. Rusconi**, *Milano*
Dott. **P. Sacchi**, *Cremona*
Dott. **G. Scarlini**, lib. doc., *Siena*
Dott. **E. Secchi**, *Milano*
Dott. **P. G. Spinelli**, *Napoli*
Prof. **D. Tibone**, *Torino*
Prof. **E. Truzzi**, *Parma*
Dott. **M. Vercelli**, *Saluggia*
Dott. **F. Villa**, *Milano*
Prof. **E. Welponer**, *Trieste*.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS
24 JAN 97
LIBRARY

ANNO XVIII - 1896

MILANO
TIPOGRAFIA EDITRICE L. F. COGLIATI
VIA PANTANO, N. 26.

88
41

Anno XVIII. Gennaio 1896. Num. 1.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
19 FEB 96
LIBRARY

Prof. LUIGI ACCONCI

Direttore della Clinica Ostetrica e Ginecologica della R. Univ. di Genova

Della asepsi e della antisepsi nel parto

RELAZIONE

LETTA ALLA SOCIETÀ ITALIANA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA
nella Seduta delli 29 Ottobre 1895 in Roma.

L'esporre in modo breve e completo lo stato attuale della questione che si riferisce all'assistenza asettica od antisettica nel parto, vale a dire alla opportunità o meno di una disinfezione interna, è cosa tutt'altro che facile.

Il lavoro che è già stato fatto sugli argomenti che direttamente riguardano tale questione, sia con relazioni e discussioni nei congressi e nelle società, sia con osservazioni cliniche e con ricerche di laboratorio, sia infine con numerose pubblicazioni speciali, è così vasto che riesce assolutamente impossibile di contenerlo nei limiti di una relazione. È perciò che ho creduto bene di restringermi principalmente alla parte che concerne le ricerche e le esperienze bacteriologiche più recenti.

Il quesito della antisepsi od asepsi in ostetricia è legato intimamente alla dottrina della auto e della etero-infezione, e questa a sua volta non può separarsi dall'altra che riguarda l'esistenza o meno di microrganismi patogeni nell'apparato sessuale femminile, durante la gravidanza ed il parto.

Quando si parla di auto e di etero-infezione, è necessario avanti tutto di definire il concetto clinico di queste parole. L'interpretazione di Kaltenbach è oltremodo semplice e seducente. Auto ed etero-infezione, egli dice, sono identiche nel modo di presentarsi. Ambedue de-

rivano dalla penetrazione di germi patogeni nel canale genitale; sono soltanto differenziabili per il tempo in cui la infezione avvenne. Se i germi patogeni sono portati nell'interno dei genitali durante l'atto del parto o poco tempo prima, si ha etero-infezione; se invece vi penetrarono durante la gravidanza od anche prima di essa e spiegano la loro azione infettiva prima, durante o dopo il parto, si ha auto-infezione.

Si comprende facilmente come con questa definizione vengano esclusi quei casi in cui la infezione avvenne per tutt' altra via che quella dei genitali, e su cui molto giustamente il Cuzzi richiamò l'attenzione. Questi casi però, vere forme di auto-infezione, non hanno che fare coll'argomento che vado trattando.

Prima di procedere oltre, è bene di intenderci sul significato che dobbiamo dare al qualificativo di patogeno che si suol dare ai germi infettivi, e vedere se realmente per germi patogeni si debbano intendere i soli parassiti.

I fatti clinici parlano abbastanza chiaro contro la divisione oramai scolastica dei bacteri in saprofiti e parassiti, divisione che va sempre più perdendo terreno nella scienza. Il facile passaggio dalla vita parassitaria alla saprofitica e viceversa, dimostra che una differenza fondamentale non esiste, perchè vi sono parassiti che dopo avere prodotta la morte degli elementi che hanno aggredito, vivono e si moltiplicano in queste parti necrosate, e vi sono saprofiti che invadono le parti viventi, le alterano e producono talora effetti micidiali. Il fatto stesso che i parassiti sono spesso più dannosi all'organismo per la produzione di sostanze tossiche, anzichè per le lesioni anatomiche da essi determinate, serve a dimostrare come una separazione dai saprofiti, i quali pure agiscono in modo tossico coi prodotti del loro ricambio, logicamente non può essere fatta.

È vero che i germi patogeni della febbre puerperale sono principalmente i piogeni e fra questi il più frequente e micidiale è lo streptococco; ma è vero altresì che anche i saprogeni, così detti innocui abitatori della vagina, non sempre si accontentano di nutrirsi a spese delle sostanze morte, eventualmente esistenti nel canale genitale, producendone la decomposizione e determinando delle forme di intossicamento spesso leggere e talvolta anche mortali, ma sotto speciali circostanze invadono anche i tessuti sani e vi determinano delle alterazioni agendo nello stesso modo che i piogeni.

Tale è il caso illustrato da Clivio di endometrite saprofitica in cui i germi saprogeni, da veri parassiti, avevano invaso gli elementi della mucosa, alterandola così profondamente che per ottenere la guarigione non fu nemmeno sufficiente lo esportarla con la abrasione. Ancor più evidente è il caso riferito da Rossi Doria, il quale colla inoculazione di bacilli saprofiti gassogeni isolati dal sangue di una gravida morta per intossicamento saproemico, mediante certe speciali condizioni, molto ingegnosamente prodotte, riuscì a determinare negli animali da esperimento lo stesso quadro clinico e le stesse lesioni anatomiche riscontrate nella donna gravida. In questo caso i saprofiti furono patogeni in tutta l'estensione della parola, perchè non soltanto riuscirono dannosi pel prodotto del loro ricambio, ma altresì per le alterazioni dei tessuti viventi da essi aggrediti, spiegando così un'azione simile a quella dei parassiti.

Con questi fatti alla mano, che invero non sono molto frequenti, non possiamo più oggigiorno ritenere i saprofiti solamente come germi innocui o tutt'al più capaci di determinare leggere forme di infezione puerperale, per assorbimento di materiale putrido che per essi si sviluppa nelle sostanze organiche morte esistenti nel canale genitale. E, per non dilungarmi troppo su questo argomento, io rimando chi desiderasse di più intimamente conoscerlo al lavoro del Martinotti sulla patologia generale delle malattie infettive.

Le considerazioni che sono andato brevemente esponendo ci portano per conseguenza a concludere che l'infezione da saprogeni, la quale generalmente è ammesso che possa avvenire anche senza infezione dall'esterno, non deve essere sempre considerata come una forma morbosa priva di gravità.

Tornando alla definizione di Kaltenbach, questa stabilisce la possibilità che i bacteri penetrati nell'interno dei genitali vi possano trovare condizioni così confacenti da potervi vivere lungamente non solo, ma da conservarvi od anche, sotto peculiari circostanze, riacquistarvi quel grado di virulenza che è loro necessario onde esplicare una azione patogena.

Mentre sopra le altre mucose del corpo è accertata la presenza anche dei piogeni, i quali vi possono vivere saprofiticamente, come, ad esempio, nelle cavità nasali, nella bocca, nella faringe, nella laringe, transitoriamente nello stomaco, nell'intestino, ecc., gli ostetrici non

sono affatto concordi nell'ammettere la possibilità che gli stessi piogeni possano ordinariamente trovarsi anche sulla mucosa del canale genitale. Qui sta appunto il nodo della questione che da lungo tempo appassiona gli studiosi e su cui anche oggidì si continua a discutere ed a lavorare alacremente, e su cui deve essere basata la scelta del metodo di assistenza del parto. È questa questione che noi dobbiamo esaminare accuratamente passando in rassegna i risultati clinici e i risultati delle ricerche bacteriologiche.

E, per dirlo fin d'ora, le ricerche bacteriologiche ci danno per la maggior parte conclusioni disparate. Ciò proviene anzitutto da che queste ricerche nei genitali interni della donna sono estremamente difficili e delicate e frequentemente conducono a risultati non assolutamente certi. Proviene inoltre da che la maggior parte degli osservatori non ha sempre tenuto un giusto conto della differenza grandissima che passa fra ciò che avviene in *vitro* e ciò che avviene *intra vitam*, e neppure del vario modo col quale l'organismo reagisce alla influenza dei germi patogeni non che delle condizioni di resistenza tutt'affatto speciali in cui, per certi perturbamenti locali e generali, si trova l'organismo infettato di fronte ai microrganismi infettanti. La clinica, che in ciò è la vera maestra, ci mostra come l'azione esercitata dai microfiti sullo stesso corpo, non produce necessariamente lo stesso processo come quando nella storta del chimico si mescolano due corpi l'uno coll'altro. E ci insegna pure, come già aveva osservato Semmelweis, che i processi puerperali si sviluppano con particolare predilezione sotto certe date circostanze locali e generali; così sono più frequenti nelle primipare, nei parti eccessivamente protratti, nei parti con feto grosso, nelle emorragie, in certe affezioni concomitanti, ecc.

Di tutte queste preziosissime conoscenze, salvo poche lodevoli eccezioni, non si è tenuto alcun conto da coloro che coll'esperimento sugli animali, hanno voluto provare il grado di virulenza dei germi rinvenuti nei genitali delle donne gravide e non gravide.

Auto ed etero-infezionisti sono oramai tutti convinti della necessità assoluta di una scrupolosa antisepsi subbiettiva, perchè tutti quanti, anche i partigiani dell'auto-infezione, assegnano a questa una importanza capitale nella profilassi delle infezioni puerperali.

Gli utilissimi studi bacteriologici sulla disinfezione delle mani, fra i quali sono da rammentarsi quelli di Kümmel, Forster, Fürbringer,

Landsberg, Roux et Reynès, Boll, Langstein, Di Mattei, Reinicke, Sciffer, Ahlfeld, Poten ed altri, oltre ad averci additato delle norme preziose per la pratica, ci hanno fornito la prova evidente della grande difficoltà che s'incontra nell'ottenere una completa disinfezione delle mani e per conseguenza come sia facile che esse siano causa frequente di etero-infezione.

Quanto alla disinfezione obbiettiva, mentre regna l'accordo sulla utilità della disinfezione dei genitali esterni e parti adiacenti, altrettanto non può dirsi per la disinfezione interna. Quantunque siano in prevalenza gli ostetrici che hanno abbandonate le irrigazioni vaginali nel parto e nel puerperio normale, vi sono tuttavia altri ostetrici, e fra questi vi hanno dei nomi autorevoli, che difendono energicamente l'uso della metodica disinfezione profilattica della vagina nel parto e nel puerperio e qualcuno la usa anche in gravidanza, dopo che è stata fatta l'esplorazione vaginale. Se facciamo un confronto fra i risultati ottenuti nell'assistenza del parto con o senza irrigazioni vaginali negli Istituti ostetrici, risulta una minore mortalità puerperale, quando i parti furono assistiti senza irrigazioni vaginali, quantunque, per vero dire, vi siano delle statistiche ugualmente buone ottenute in Istituti nei quali le irrigazioni vaginali si praticano metodicamente in tutti i parti, come ad esempio nella Clinica di Hofmeier.

Potrei citare molti dati statistici e fra questi anche quelli di alcune delle nostre cliniche italiane, che non hanno invero niente da invidiare a quelli delle più rinomate cliniche estere. Ma non è da questo punto di vista che io voglio studiare la questione. La clinica ha già dato il suo responso. Basti, per suffragare quanto asserisco, il citare la statistica della Clinica di Dresda che meglio di tutte si presta per un esame di confronto fra il metodo antisettico ed il metodo asettico. Da un prospetto di Leopold comprendente quasi 10,000 parti risulta che la morbilità e la mortalità complessivamente oscilla fra un massimo di 21.77 % ed un minimo di 13 % quando sono usate le irrigazioni vaginali; oscilla invece fra un massimo di 9.2 % ed un minimo di 5,6 % quando le irrigazioni non sono praticate.

Passiamo ora all'argomento che più mi interessa, cioè ai risultati delle ricerche bacteriologiche e che dobbiamo conoscere più da vicino.

La vagina, per la comunicazione coll'esterno, per la sua posizione anatomica, è esposta in alto grado alla infezione per contatto e per

immigrazione spontanea. È ormai accertato che la flora vaginale è ricca di svariatissime specie di microrganismi i quali, penetrando nella vagina della neonata poche ore dopo la nascita, eccezionalmente durante il parto, vi albergano per tutta la vita. Ma, se i microrganismi di potente azione patogena possano vivere nel secreto del canale genitale e conservarvi la loro virulenza è ancora in discussione e l'ultima parola non è stata detta ancora.

Quanto alla ubicazione dei microrganismi nelle varie sezioni dei genitali interni, è ammesso pressochè da tutti che la cavità del corpo dell'utero intatta e le tube normali ne sono affatto prive, sia durante la gravidanza, sia fuori di essa. Il disparere esiste invece sulla presenza o meno di germi patogeni nella vagina e nel condotto cervicale.

Gönner sopra 31 esami del secreto cervicale e vaginale di gravide sane non trovò piogeni all'infuori dell'innocuo stafilococco albo che una volta riuscì ad isolare.

Winter dalle sue ricerche su donne sane gravide e non gravide, i cui risultati ha confermato con un recente scritto, conclude che la cavità dell'utero e delle tube sono prive di bacteri; ugualmente la regione dell'orifizio interno nella metà dei casi. Nel secreto cervicale trovò abbondanti i microrganismi e ne isolò 27 specie nel secreto vaginale che è sempre a contenuto bacterico. Nella metà dei casi eranvi stafilococchi e streptococchi tutti di virulenza attenuata.

Steffeck colla iniezione di secreto vaginale di gravide intatte sotto la pelle dei conigli, determinò degli ascessi da cui isolò soltanto stafilococchi. Esperienze simili con uguale risultato suppurativo fecero anche Kehrer e Döderlein, però non fecero le ricerche bacteriologiche del pus.

Samschin su 10 gravide sane non esplorate rinvenne i piogeni. Mironow in 2 gravide sane trovò lo streptococco di virulenza attenuata.

Bumm, il quale colle sue ricerche ha tanto utilmente contribuito alla conoscenza della patogenesi della febbre puerperale, conclude che il secreto normale non contiene piogeni: nel secreto anormale si trovano gli stafilococchi, ma lo streptococco non si trova che accidentalmente e tanto quelli che questo non sono virulenti.

Döderlein assegna, come Bumm, speciale importanza alla qualità del secreto vaginale delle gravide per la presenza o meno dei piogeni. Perciò divide il secreto in normale e patologico, attribuendo all'ul-

timo questa qualifica, oltrechè per i caratteri particolari suoi, anche perchè lo si trova nei casi nei quali esistono sintomi morbosi, come erosioni della porzione vaginale, catarro cervicale purulento, vaginite granulosa, ecc.

Il secreto normale ha reazione fortemente acida e contiene in coltura pura una specie di bacilli da lui descritti e dalla cui azione crede dipenda la grande acidità del secreto; il secreto patologico ha reazione debolmente acida, neutra od alcalina, contiene una ricca varietà di specie bacteriche fra le quali nel 4 % gli streptococchi. Da ricerche di confronto fatte sul secreto delle donne non gravide, risultò a Döderlein che in queste i bacilli vaginali si sviluppano in modo meno vigoroso e riesce più difficile di ottenerli in coltura pura.

Al grado elevato di acidità prodotta da questi bacilli egli assegna l'ufficio di purificare la vagina uccidendo i germi piogeni e, per i bisogni della pratica, ritiene sufficiente per riconoscerne la presenza, la ricerca della reazione. A seconda della reazione del secreto vaginale, prima metteva in pratica, quando era indicato, un suo metodo di disinfezione complicatissimo. Più recentemente invece, considerando che i piogeni che si trovano nel secreto patologico hanno perduto la virulenza a cagione dei bacilli vaginali che, quantunque in quantità minore, pure si trovano sempre in questa sorta di secreto, ha abbandonato nell'assistenza del parto normale ogni disinfezione interna, riservandola ai casi di intervento operatorio.

Burguburu su 12 gravide sane non esplorate, in 2 coltivò lo stafilococco albo ed in 1 lo streptococco.

Williams confermò le vedute di Döderlein sulle qualità bacteriologiche e cliniche del secreto vaginale: su 15 gravide, in 3 trovò gli streptococchi.

Burckardt con esami su 116 gravide confermò pure le conclusioni di Döderlein sul secreto vaginale e nel 4 % trovò gli streptococchi.

Stroganoff colle sue ricerche comunicate alla Società ostetrica di Pietroburgo nel 1893, delle quali ha dato recentemente un più esatto ragguaglio confermando completamente le conclusioni d'allora, ha fatto un lavoro completo sulla bacteriologia dei genitali femminili durante tutta la vita ed ha ottenuto dei risultati molto interessanti, di cui riporto solo quelli che si riferiscono all'argomento.

Egli ha trovato differenza di reazione e di contenuto bacterico

fra il secreto cervicale ed il vaginale. Il secreto cervicale ha reazione alcalina ed è completamente privo di germi; il secreto vaginale ha reazione acida e contiene un grande numero di microbi con prevalenza, nei casi normali, del bacillo di Döderlein: lo streptococco si trova 2 volte su 9. Con adatti sperimenti ha trovato che il secreto cervicale ha azione germicida; a questa si deve l'assenza di bacteri nel condotto cervicale e quindi la difesa della cavità uterina dai germi patogeni esistenti in vagina. Gli streptococchi che si trovano in vagina non sono in istato di virulenza. L'orificio esterno è il limite che divide la porzione dei genitali con bacteri da quella senza.

Menge conclude pure per un potere bactericida del secreto cervicale, potere che crede sia inerente anche al secreto vaginale, non però nel modo indicato da Döderlein, cioè per l'azione dei bacilli vaginali, bensì per mezzo di vari altri fattori.

Krönig, con numerose ricerche bacteriologiche e con varie pubblicazioni, si è molto occupato della flora vaginale della donna gravida. Egli contesta co' suoi studi molte delle conclusioni di Döderlein e degli altri osservatori. Anzitutto non ammette la divisione di Döderlein del secreto vaginale in normale e patologico, perchè la qualità del secreto non influisce menomamente sull'andamento del puerperio che può essere morboso, quando il secreto in gravidanza è normale e viceversa. Non riconosce nei bacilli vaginali la proprietà di acidificare il secreto, perchè secondo le sue osservazioni la reazione del secreto vaginale è sempre acida, anche quando non contiene germi di nessuna specie e quindi neanche il bacillo di Döderlein. Ciò egli ebbe a riscontrare nel secreto di una neonata che aveva reazione acida ed era microscopicamente privo di germi. Conseguentemente ritiene che l'azione purificatrice della vagina non sia prodotta dai bacilli vaginali di Döderlein, anche perchè questa azione si esplica ugualmente sia che nel secreto questi siano preponderanti, sia che facciano difetto. Infatti, iniettando nella vagina di un gran numero di donne gravide il bacillo piocianeo, gli stafilococchi ed anche gli streptococchi (!!) vide che in un tempo variabile da 6 - 20 ore questi germi introdotti, erano scomparsi e l'azione bactericida del secreto si dimostrava uguale, qualunque fosse il suo contenuto bacterico. Perciò egli ritiene esistere nel secreto vaginale un potere auto-purificatore costante, dipendente da un complesso di fattori i quali, secondo le sue esperienze, verrebbero ad essere di-

sturbati nella loro azione bactericida dalle irrigazioni, le quali perciò ritiene siano da abbandonarsi.

Le conclusioni dei lavori di Krönig si riassumono in questa proposizione: « Il secreto vaginale delle gravide non esplorate, sia esso normale, patologico od altamente patologico, ad eccezione del mughetto e dei gonococchi, non contiene alcun germe settico. »

Miranda, lo scorso anno, riferì nella nostra Società di ostetricia e ginecologia i risultati delle sue ricerche che concordano con quelli dell'assistente della Clinica di Lipsia.

Dall'esame dei risultati degli autori che ho rammentato, emerge come le conclusioni di Krönig siano in aperta contraddizione con quelle di quasi tutti gli altri autori. Abbiamo adunque due pareri diametralmente opposti; uno che ammette la possibilità dell'esistenza in vagina di piogeni comunque attenuati, l'altro che ne nega assolutamente la esistenza. È vero bensì che Krönig ha coltivato dal secreto vaginale dei cocchi disposti in catena, morfologicamente simili agli streptococchi della febbre puerperale; ma gli streptococchi coltivati da Krönig sono esclusivamente anaerobi obbligati, perciò egli ritiene che non abbiano niente da fare con quelli della febbre puerperale. Le due opinioni opposte sono basate sopra ricerche seriamente condotte e non sopra ipotesi teoretiche. Qui stanno di fronte reperti contro reperti come giustamente dice Menge. Non è che con ulteriori ricerche e adoperando nuovi terreni di coltura che si possa giungere alla soluzione. È in questo modo infatti che più recentemente Walthard della Clinica di Berna, col suo bel lavoro sulla bacteriologia del secreto genitale femminile, ha portato una nuova luce in questa importante quistione.

Walthard ha usato molti metodi di coltura, alcuni uguali, altri differenti da quelli impiegati da Krönig e, mentre coi primi ha ottenuto come Krönig risultati negativi, cogli altri invece ottenne risultati positivi. Nel secreto vaginale ha trovato gli streptococchi, gli stafilococchi, i gonococchi, il bacterium coli, dei bacilli simili a quelli della difterite, varie specie di fermenti, dei bacilli simili a quelli del tetano, i bacilli vaginali immobili di Döderlein e i bacilli vaginali mobili. Gli streptococchi si trovano nel 27 0[0 dei casi, sono anaerobi ed aerobi facoltativi e sono perfettamente identici a quelli della febbre puerperale. Queste ricerche furono fatte sul secreto vaginale di 100 gravide prossime al termine non esplorate nè prima, nè durante il soggiorno

nella Clinica. In base a questo reperto, contrariamente a Krönig, conclude Walthard che il secreto vaginale delle gravide non esplorate contiene non raramente i germi della febbre puerperale.

Quanto poi alla pretesa azione germicida del secreto di reazione fortemente acida, in opposizione a Döderlein, dimostra come l'acidità del secreto vaginale non esclude in alcun modo la presenza di streptococchi capaci di svilupparsi.

Il secreto cervicale forma una colonna di muco vitreo-trasparente il quale in corrispondenza dell'orificio esterno ha un aspetto giallo biancastro. La reazione del muco vitreo è alcalina o neutra, è acida quella del muco giallo-biancastro. In quest'ultimo si contengono microbi e corpuscoli bianchi polinucleati; in quello mancano completamente e gli uni e gli altri.

Il limite che divide la sezione inferiore dei genitali a contenuto bacterico dalla superiore non contenente bacteri, secondo Walthard, è posto nel canale cervicale in tutta vicinanza dell'orificio esterno. È in questo punto della colonna mucosa della cervice uterina che risiede la difesa della cavità dell' utero dalla invasione dei bacteri esistenti in vagina.

Anche Stroganoff ripone nel secreto cervicale un ufficio germicida; però il modo di interpretare questo fatto non è uguale pei due autori. Walthard, pur riconoscendo nel muco un inadatto terreno di coltura, assegna al fagocitismo dei leucociti, attratti dall'azione chemiotassica positiva del secreto vaginale, l'ufficio di distruggere i germi che tendono ad invadere le parti superiori del condotto cervicale. Stroganoff invece dalle sue esperienze ha concluso che i germi penetrati nel muco cervicale vi muoiono per l'azione germicida del muco stesso.

Qualunque delle due interpretazioni voglia accettarsi, sta il fatto che ambedue concordano col ritenere che per mezzo del turacciolo mucoso i microrganismi vaginali sono impediti di penetrare nell'utero.

Walthard ha inoltre potuto dimostrare che nel parto la cavità uterina è in parte difesa dalla invasione dei bacteri esistenti in vagina per l'uscita del liquido amniotico che determina meccanicamente una diminuzione dei germi vaginali, diminuzione che si fa anche maggiore per la chemiotassi positiva propria dello stesso liquido amniotico, senza che avvenga però una completa distruzione dei bacteri medesimi. Nel puerperio la cavità dell'utero è difesa dalla immigrazione spontanea

dei germi vaginali per mezzo del muco cervicale, che differisce dal turacciolo mucoso della gravidanza soltanto per una minore consistenza. Di particolare interesse nel lavoro di Walthard è il capitolo che tratta della virulenza degli streptococchi rinvenuti nel secreto vaginale. Egli, dopo aver trovato pressochè nulla la virulenza di essi mediante il solito metodo della iniezione sottocutanea in animali da esperimento, ideò un nuovo procedimento sperimentale basato sugli ammaestramenti clinici, cioè sul fatto che le partorienti in preda a disturbi nutritivi più facilmente sono colpite da infezione delle partorienti sane. Mediante un ostacolo alla circolazione reflua del padiglione dell'orecchio di un coniglio produsse un disturbo nutritivo. L'iniezione sottocutanea di coltura di streptococchi vaginali in quel padiglione determinò in tutti i casi flemmone che in alcuni produsse la morte per streptococciemia.

La breve rivista che ho fatto del lavoro di Walthard dimostra come egli abbia ragione di concludere che la febbre puerperale determinata dagli streptococchi vaginali, non sia da escludersi dalla patologia del puerperio. Conseguentemente egli propone una disinfezione profilattica della vagina durante il parto soltanto in certe date condizioni che sono le seguenti: 1.° avanti ogni intervento operativo; 2.° in tutti i parti irregolari; 3.° in tutte le malattie che producono diminuzione di resistenza dell'organismo, come nefrite, vizii cardiaci scompensati, sifilide, malattie infettive intercorrenti, anemia.

***

Dalla rassegna che ho fatto dei lavori sulla bacteriologia dei genitali delle donne gravide, emerge la conclusione che germi patogeni possono trovarsi nella vagina senza che nel maggior numero dei casi la loro presenza riesca di nocumento, a cagione dello stato di attenuazione in cui sono. Però questa diminuita virulenza non li rende costantemente innocui. Talvolta, per certe speciali circostanze, che già ci erano additate dalla esperienza clinica, questi germi patogeni possono riacquistare la virulenza e riuscire dannosi. A tali conclusioni siamo portati oltre che dalle cognizioni che abbiamo sulla biologia dei bacteri patogeni, anche dalle esperienze di Rossi Doria e di Walthard i quali, industriandosi di riprodurre negli animali da esperimento alcune delle condizioni che la clinica ci ha insegnato essere favorevoli allo

sviluppo delle infezioni puerperali, ottennero risultati positivi di grande valore pratico. Ed è per questi risultati che siamo necessariamente indotti ad ammettere la possibilità di una infezione autoctona, non solo da saprofiti, ma anche da piogeni.

Però, coll' ammettere la possibilità di una auto-infezione legata all'esistenza degli streptococchi in vagina, noi dobbiamo intenderci molto chiaramente sul modo col quale tale infezione può prodursi. La sua insorgenza è condizionata non tanto dalla presenza degli streptococchi in vagina, quanto e precipuamente dalle condizioni locali e generali della partoriente. La virulenza degli streptococchi vaginali è nulla sui tessuti normalmente nutriti, sui quali vivono come saprofiti. La loro azione patogena viene a manifestarsi, non per uno spontaneo ricupero della loro virulenza, bensì per la diminuzione di resistenza dell'organismo che li ospita o di qualche parte di esso. Questa condizione si verifica appunto in quei parti anormali, nei quali per causa di pressioni soverchiamente protratte, in alcune regioni del canale genitale si determinano alterazioni nutritive, così anche in quei casi nei quali per cause di ordine generale viene ad essere disturbata la nutrizione dell'intero organismo. Ed invero fatti consimili si verificano anche in altri organi, ad esempio, nell'intestino. Sulla mucosa intestinale gli streptococchi vivono saprofiticamente fintanto che i tessuti si mantengono normali: ma se avviene un disturbo circolatorio, come succede appunto per lo strozzamento di un'ansa intestinale contenuta in un sacco erniario, e conseguentemente una alterazione di nutrizione, gli streptococchi attaccano parassiticamente il tessuto alterato, vi si moltiplicano e determinano manifestazioni infettive gravissime. Perciò, e giova ripeterlo ancora, l'auto-infezione abbisogna per prodursi di speciali condizioni locali o generali.

Ben differente è invece il modo d'insorgere della etero-infezione, la quale si può sviluppare anche quando l'organismo è in condizioni perfettamente normali. Chè se anche per la etero-infezione le condizioni locali o generali della partoriente hanno la loro importanza sull'andamento del processo infettivo, che è tanto più grave quanto minore è la resistenza dell'organismo infetto, dobbiamo pure convenire che l'anormalità dello stato di nutrizione generale o locale non è per essa una condizione *sine qua non,* come per l'auto-infezione.

A questo punto viene a proposito una domanda. Perchè gli strep-

tococchi rinvenuti nella vagina delle gravide, sono in istato di attenuazione? Dipende ciò forse da che, quando penetrarono nella vagina, erano già attenuati, oppure da che una speciale azione esistente nella vagina stessa ha affievolito la loro virulenza? Nessuna delle ricerche e delle esperienze bacteriologiche che ho riferito può darci in un modo positivo una risposta plausibile a questa domanda. Infatti, la teoria di Döderlein sulla auto-purificazione della vagina per opera della forte reazione acida prodotta dai bacilli, è infirmata dai risultati di Walthard che provano come l'acidità del secreto non esclude in alcun modo la presenza degli streptococchi; così anche sono infirmate le altre teorie tendenti ad ammettere nel secreto vaginale un potere bactericida. È vero che Krönig riferisce di avere introdotto nella vagina di tre gestanti in un tempo lontano dal parto gli streptococchi e che tuttavia il puerperio decorse normale; ma egli non dice in quali condizioni di virulenza si trovavano quei tali streptococchi e quindi anche questi esperimenti non risolvono la quistione che io ho sollevato.

Quantunque nei modi i più svariati possa avvenire la penetrazione degli streptococchi nel canale vaginale, fatta eccezione da quelli che vi vengono condotti dagli strumenti o dalle mani del medico o della levatrice, il coito rappresenta sicuramente il mezzo più comune. Il Tommasoli, nel fornice balano-prepuziale di persone perfettamente sane, ha costantemente trovato i piogeni e fra questi anche lo streptococco. Orbene, gli streptococchi del sacco prepuziale, come quelli della vagina, si dimostrarono attenuati colle iniezioni ipodermiche nelle cavie e nei conigli e per quanto Tommasoli, seguendo il consiglio del Celli, cercasse di rinforzarne la virulenza col rinnovamento diuturno del terreno di cultura, non riuscì mai nell'intento. Perciò noi potremmo ammettere che in generale gli streptococchi della vagina sono già attenuati prima di penetrarvi, senza per altro che con questi fatti si possa escludere la possibilità che quando gli streptococchi vi penetrano in istato di virulenza, questa, per il lungo soggiorno, possa venire attenuata.

Alcune esperienze fatte nel laboratorio della mia Clinica dal dottor Caselli e riferite in un lavoro che è in corso di stampa, possono rispondere esplicitamente a questa ultima questione.

Il dott. Caselli ha fatto delle ricerche sperimentali sulle coniglie per istudiare il modo di comportarsi delle infezioni settiche d'origine genitale a seconda dell'agente patogeno che le determina e a seconda

che l'utero è o no gestante. Egli ha già condotto a termine le esperienze collo streptococco. In alcune di queste esperienze il Caselli ha introdotto nella vagina di tre coniglie gravide a varia distanza dal parto, un piccolo batuffolo di cotone sterilizzato ed imbevuto di una stessa coltura pura in brodo di streptococco, isolato dal dott. Risso da un caso di risipola della faccia. Le tre coniglie non risentirono alcun disturbo fintanto che durò la gravidanzà. Esse partorirono regolarmente una dopo 15, l'altra dopo 22, la terza dopo 45 giorni dalla introduzione degli streptococchi in vagina. Tutte tre morirono per pioemia; la 1.ª al quarto, la 2.ª all'undecimo, la 3.ª al decimo giorno di puerperio. L'agente infettivo in tutte, lo streptococco, fu rinvenuto e coltivato nei visceri ed anche nel sangue.

Questi esperimenti, quantunque molto semplici, sono anche molto probativi: gli streptococchi virulenti portati nella vagina vi conservarono per un tempo assai lungo la loro virulenza. Ciò dimostra anzitutto la mancanza assoluta di un'azione battericida od anche semplicemente attenuatrice nel secreto vaginale della coniglia gravida. E quindi è da ritenere che gli streptococchi rinvenuti nella vagina non esplorata, i quali costantemente furono riconosciuti come non virulenti, si trovino in questo stato, anche prima della penetrazione.

Coll'ammettere la possibilità di una auto-infezione nelle circostanze e per le ragioni sovraesposte, io non credo, come vuole Leopold, *che si debba essere condotti ad incertezze, a vie di scampo, a false misure e principalmente ad una insufficiente disinfezione subbiettiva ed obbiettiva,* perchè la responsabilità di chi assiste il parto non viene con questa per niente a diminuire. Noi abbiamo visto con quale differenza si comportino gli streptococchi penetrati nel canale genitale a seconda del grado della loro virulenza; sappiamo come gli streptococchi virulenti determinino forme infettive senza bisogno che speciali circostanze vengano a favorirne lo sviluppo, abbassando il grado di resistenza dei tessuti; sappiamo altresì come questi streptococchi in istato di virulenza possano essere portati nei genitali della partoriente, direi quasi, unicamente dal medico o dalla levatrice, perchè per essi principalmente sono molteplici le occasioni per cui le loro mani od i loro istrumenti si trovano in contatto con piogeni virulenti: per tutto ciò veniamo ad avere infine un quadro patogenetico della etero-infezione così bene delineato che non può essere confuso con quello della auto-infezione in-

tesa nel senso sopra esposto, cioè come un processo morboso che si sviluppa unicamente sotto speciali circostanze e di cui la insorgenza può essere da noi impedita.

Ed ora, per venire alla conclusione, quale è il metodo di assistenza del parto a cui, in base ai risultati clinici e bacteriologici recenti, dobbiamo dare la preferenza? Dobbiamo preferire il metodo asettico od il metodo antisettico? In altre parole dobbiamo oppure non dobbiamo disinfettare la vagina?

È sorprendente come a questo riguardo coi risultati bacteriologici che ci portano ad ammettere l'auto-infezione, si giunga alle stesse conclusioni a cui l'esperienza clinica ha condotto coloro che la negano recisamente. Infatti Döderlein e Walthard, i quali dalle loro ricerche sono indotti ad ammettere l'auto-infezione, propongono per l'assistenza del parto le medesime regole che ha adottato il leader degli antiauto-infezionisti, Leopold. Egli, guidato dall'esperienza clinica, con queste parole riassume le indicazioni della disinfezione interna: *In tutti i parti operativi e patologici le irrigazioni disinfettanti della vagina, in casi speciali anche dell'utero, sono necessarie e rispettivamente molto convenienti. Per contro nei parti normali di partorienti sane sono molto più dannose che utili.*

Queste quindi sono le regole che devono essere seguite e che hanno il loro fondamento sulle ricerche scientifiche e sull' esperienza clinica e sono quelle più generalmente accettate anche nelle cliniche d' Italia, e che io pure ho adottato. Ma, oltre alla disinfezione, sempre in base al concetto della auto-infezione per piogeni attenuati esistenti in vagina, vi sono altresì delle norme profilattiche, che specialmente riguardano il modo ed il tempo dell' intervento nel caso di parti più o meno distocici, le quali esercitano pure una grandissima influenza sul puerperio. È indubitato che la grande diminuzione delle infezioni puerperali che abbiamo oggidì, non è unicamente dovuta alla conoscenza della eziologia dei morbi infettivi ed alle pratiche antisettiche ed asettiche che in ragione di essa usiamo nei parti, ma è dovuta ancora alla maggiore frequenza con cui si interviene con atti operativi. Mentre avanti l'epoca antisettica all' intervento operativo, che rappresentava un maggior pericolo di infezione, non si ricorreva che in circostanze immensamente rare, coi moderni metodi di disinfezione noi possiamo, quando ben inteso sia nettamente indicata, eseguire qualsiasi

operazione a tutto profitto delle partorienti. Quindi, in tutti quei parti nei quali per qualsiasi causa i tessuti molli materni vengono soverchiamente o lungamente compressi, per cui ne conseguono disturbi circolatorii che ne diminuiscono il grado di resistenza, come pure nei casi di disturbi generali da alterato ricambio, oltre alla disinfezione della vagina, che in questi casi è indicata, gioverà pure la pronta terminazione del parto.

Affinchè da questa mia relazione possa venirne un vantaggio reale, io termino col proporre che in base alle conclusioni cui siamo portati dagli studi più recenti sull'argomento che ho trattato, la nostra Società ostetrica e ginecologica passi a formulare un metodo di assistenza al parto che possa servire di norma ai medici pratici ed alle levatrici.

BIBLIOGRAFIA.

KALTENBACH. *Volkmann's Sammlung Klinischer Vorträge*, N. 295. Congresso dei Ginecologi tedeschi in Friburgo, Giugno 1889.

CUZZI. « Trattato di Ostetricia e Ginecologia. » Vol. I, parte II. Ediz. Vallardi.

CLIVIO. « Di un caso di endometrite saprofitica. » *Rivista di Ostetricia e Ginecologia*, Torino, 1890.

MARTINOTTI. « Trattato italiano di patologia e terapia medica, » diretto da C. Cantani ed E. Maragliano. « Patologia generale delle malattie infettive. » Vol. I, parte I, Edit. Vallardi.

SEMMELWEIS. Vedi in FEHLING, « Die Physiologie und Pathologie des Wochenbetts. » 1890.

ROSSI DORIA. « Contributo allo studio delle tossiemie e delle infezioni gravidiche. » Il Policlinico, 1894.

POTEN. « Versuche über die Desinfection der Hände. » *Monatsschrift für Gebur. und Gynäk.*, Bd. II, Heft 1895.

KUEMMELL. « Die Bedeutung der Luft und Contaktinfection für die praktische Chirurgie. » *Verhandl. der deutschen Gesellsch. für Chirurg.*, XIV Congress. Berlin, 1885.

FORSTER. « Wie soll der Arzt seine Hände desinficiren? » *Centralbl. für klin. Med.*, 1885.

KUEMMELL. « Wie soll der Arzt seine Hände desinficiren? » *Centralbl. für Chirurg.*, 1886.

FUERBRINGER. « Untersuchungen un Vorschriften über die Desinfection der Hände der Arztes nebst Bemerkungen über den bakteriolog. Charakter des Nagelschmutzes. » 1888.

LANDSBERG. « Zur Desinfection der Hände des Arztes. » *Deutsche med. Wochenschr.*, 1889.

ROUX et REYNÈS. « Sur une nouvelle méthode de desinfection des mains du chirurgien. » Comptes rendus de l'Academie des sciences de Paris, 1888.

BOLL. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1890.

PREINDLSBERGER. « Zur Kenntniss der Bakterien des Unternagelraumes und zur Infection der Hände. » Wien, 1890.

HENKE. « Ueber die Desinfection inficirter Hände und die Nothwendigkeit der geburtshilflichen abstinenz. » Inaug. Dissert., 1893.

DI MATTEI. « Sull'azione disinfettante dei saponi comuni. » *Bollettino della R. Accademia medica di Roma*, 1888-89.

HOWARD A. KELLY. « Hand desinfection. » *American journal of obstetric. and diseas. of Women a. child.*, 1891.

REINICKE. « Bakteriologische Untersuchungen über die Desinfection der Hände. » *Archiv. f. Gyn.*, Bd. XLIX, 1895.

AHLFELD. *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1895.

SCHIFFER. « Gesellschaft für Geburtshilfe zu Leipzig. » *Centralbl. f. Gynäk*, N. 47, 1894.

LANGSTEIN. « Ueber die desinfection der Hände. » *Prager med. Wochenschrift*, 1894.

HOFMEIER. « Zur Prophylaxis der Wochenbetterkrankungen. » *Münchener med. Wochenschrift*, 1894.

LEOPOLD. « Vergleichende Untersuchungen über Entbehrlichkeit der Scheiden Ausspülungen bei ganz normalen Geburten und über die sogenannte Selbstinfection. » *Archiv. f. Gynäk.*, Bd. XLVII, 1894.

GÖNNER. *Centralblatt für Gynäkologie*, 1887.

WINTER. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäk.*, Bd. XIV. — ID. *Centralblatt für Gynäkologie*, 1895.

STEFFECK. *Zeitschrift für Geburts. und Gynäk.*, Bd. XX, 1890.

MIRONOW. « Ueber die Ursachen der purperalen Erkrankungen. » Dissert. Charkow, 1889. *Centr. für Gyn.*, 1891.

BUMM. *Archiv. für Gyn.*, Bd. XXXIV.

DOEDERLEIN. « Das Scheindensekret und seine Bedeutung für das Puerperfiher. » Leipzig, 1892. — ID. « Die Scheindensekret Untersuchungen. » *Centralbl. für Gyn.*, 1894. — ID. « Vorläufig Mittheilung über weitere bakteriologische Untersuchungen des Scheidensekretes. » Gesellschaft für Geb. zu Leipzig. *Centr. für Gyn.*, 1894. — ID. « Ueber das Verhalten pathogener Keime zur Scheide. » *Deutsche med. Wochenschrift*, 1895.

BURGUBURU. *Archiv. fur experimentelle Pathologie und Pharmakologie*, Bd. XXX.

WILLIAMS. *American journal of the med. sciences*, 1893.

BURCHARDT. « Ueber den Einfluss der Scheindenbakterien auf den Verlauf des Wochenbettes. » *Archiv. für Gyn.*, Bd. XLV.

STROGANOFF. « Zur Bakteriologie del Sexualsphäre bei neugeborenen Mädchen. » *Centr. für Gyn.*, 1893, N. 2, pag. 34. — ID. « Bakteriologische Untersuchungen des Weiblichen genitalschlauches. » *Centr. für Gyn.*, 1893, N. 40, pag. 935. — ID. « Zur Bakteriologie des Weiblichen Genitalkanals. » *Centr. für Gyn.*, N. 38.

MENGE. « Ueber ein bakterienfeindliches Verhalten des Scheidensekretes nichtschwangerer Personen. » *Deutsch. med. Wochenschrift*, 1894. — ID. « Bemerkungen zur des Walthard'schen Arbeit, etc. » *Centr. für Gyn.*, 1895, N. 12.

KROENIG. « Scheiden sekret Untersuchungen bei 100 Schwangeren aseptih in der Geburtshilfe. » *Centr. für Gyn.*, 1894, N. 1. — ID. « Ueber ein bakterienfeindliches Verhalten des Scheidensekretes Schwungerer. » *Deutsch. Med. Wochenschrift.*, 1894. — ID. « Ueber die Natur der Scheidenkeime speciell über das Vorkommen anaërober Streptokokken ein Scheidenskeret Schwangerer. *Centr. für Gyn.*, 1895, N. 16.

MIRANDA. *Atti della Società italiana di ostetricia e ginecologia*, Vol. I, Ottobre 1894.

WALTHARD. « Bakteriologische untersuchungen des weiblichen Genitalsekretes in graviditate und im Puerperium. « *Archiv. für Gyn.*, B. XLVIII, Ht. 2, 1895.

R. ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELL'UNIVERSITÀ DI PARMA

Per la tecnica della isterectomia totale addomino-vaginale

IN CASI DI CRONICA INFIAMMAZIONE DEGLI ANNESSI UTERINI

PER IL

Dott. ETTORE TRUZZI

PROFESSORE DIRETTORE.

Sono noti i dispareri grandissimi intorno al miglior modo di trattamento operatorio delle lesioni bilaterali infiammatorie degli annessi, non reparabili colle risorse della terapia ginecologica conservatrice, in particolar modo in casi di voluminose piosalpingi bilaterali, costituenti con anse intestinali agglutinate un magma compatto nel bacino, immobilizzante anche l'utero. Comparazione di statistiche, discussioni in occasione di adunanze di società ginecologiche (1) pubblicazioni numerose, non valsero fin qui a togliere il disaccordo se meglio convenga operare per via vaginale, per via addominale o per entrambe nell'istessa seduta, se possa bastare l'ablazione dei soli annessi ammalati, o se anche l'utero debba esser tolto o se infine sia migliore partito, almeno nei casi più gravi, il demolire il solo utero per via vaginale, abbandonando nella loro sede gli annessi infetti e suppuranti e facendo assegnamento per la guarigione unicamente sullo svuotamento delle collezioni marciose parauterine, dopochè l'isterectomia, detta appunto in tali circostanze *evacuatrice,* abbia realizzato i vantaggi di una larga spaccatura e di un perfetto drenaggio dei multipli focolai di suppurazione circumuterina.

Nel momento attuale si direbbe che il partito dei *laparotomisti* coi diversi suoi sottogruppi vada riacquistando molto terreno, mentre or non è molto pareva quasi decisa la vittoria in favore degli *isterectomisti per via vaginale.* Il valore diagnostico infinitamente superiore della la-

(1) Veggasi in proposito anche la recente ed interessante discussione sull'argomento al 2.° Congresso della Società italiana di ostetricia e ginecologia (28-31 Ottobre 1895).

parotomia, che permette al ginecologo di farsi della entità delle lesioni, che deve affrontare, un concetto ben più esatto di quanto egli possa sperare dalla semplice colpotomia esploratrice, i vantaggi che ci dà la posizione di Trendelenburg ormai universalmente addottata, la possibilità di una oculata decorticazione di piosalpingi assai elevate, voluminose e molto aderenti, che potrebbero figurare come non enucleabili per chi operasse dalla via vaginale, sono risorse troppo preziose per non pesare potentemente sulla bilancia in favore della laparotomia.

Si aggiunga che le moderne proposte patrocinate dal Polk di New-York (1), dal Baldy di Filadelfia (2), dal Brown (3), dal Delagénière (4), dallo Schauta (5) ed ultimamente anche dal Pestalozza (6), di sostituire alla semplice ovaro-salpingectomia la demolizione totale anche dell'utero per via addominale, tendono a sottrarre l'intervento laparotomico a molti dei rimproveri, che prima erano fondati sulla inopportuna conservazione dell'utero dopo l'estirpazione laparotomica degli annessi ed assicurano alle operate una più completa e durevole guarigione. Alla riunione della Società ginecologica tedesca a Vienna dello scorso Giugno, lo Schauta ha presentato una serie di 30 casi, operati dal 25 Giugno 1894 al 17 Marzo 1895, di estirpazione degli annessi per via laparotomica con simultanea isterectomia totale addominale. Lo Schauta non solamente ha raggiunto un elevato procento di guarigioni (93.4 °/o), ma con tale intervento potè ottenere nelle stesse un esito completo e definitivo; epperciò attualmente non concede preferenza alla via vaginale se non nei casi meno gravi, quando cioè gli annessi sieno poco ingrossati, scarsamente aderenti, l'utero possa essere trascinato senza difficoltà fino all'ostio vulvare e l'estirpazione degli annessi possa riescire sicuramente completa anche se praticata per la via vaginale.

---

(1) Polk. « Hysterectomy (suprapubic) for salpingitis and ovaritis. » *New-Jork J. Gyn. et Obst.*, 1892.

(2) Baldy. « Hysterectomy-indication and technique. » *Am. J. of Obst.*, 1893. — « Removal of the uterus and its appendages for pelvic inflammatory disease. » *Ann. of Gyn. and Ped.*, 1893.

(3) Brown. « Abdominal hysterectomy for pyosalpinx and diffused metritis with purulent infiltration. » *Chicago U. Times*, 1893.

(4) Delagénière. « De l'hystérectomie abdominale totale dans certains lésions suppurées des annexes. » *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, Marzo 1892.

(5) Schauta. « Ueber Adnexoperationen. » VI *Versammlung d. deut. Gesellschaft f. Gyn.* in Wien, Giugno 1895.

(6) Pestalozza. « Le indicazioni dell' isterectomia totale addominale. » Congresso di ginecologia di Bordeaux, Agosto 1895.

D'altra parte però non possiamo, non dobbiamo disconoscere che le operazioni anche ardue, laboriosissime per la via vaginale sono assai bene tollerate dalle pazienti, espongono a minore disseminazione del materiale infettante ove avvenga rottura di collezioni marciose, e che in certi casi di suppurazioni fistolose antiche, di cementazione dell'utero in grembo ad una vera ganga di essudati, qua e colà disseminati di pozze marciose multiple, la laparotomia può riescire impraticabile e disastrosa, mentre cogli svariati ed ingegnosi processi operatori del *morcellement* alla Péan, dello *svuotamento centrale conoide* alla Segond, della *sezione mediana antero-posteriore* ideata da Müller, volgarizzata da Quenu, e dell'*emisezione anteriore* alla Doyen, si può sempre riescire a demolire nella loro totalità o quasi il collo ed il corpo dell'utero, ed aprire almeno alle multiple collezioni marciose un' ampia ed efficace via di drenaggio.

Era pertanto a prevedersi che i ginecologi non avrebbero mancato di esperimentare se si potevano nella pratica sfruttare ad un tempo i vantaggi dell'intervento per via vaginale e quelli della laparotomia. Ed infatti vediamo proposto da Chaput (1) e messo a prova con tali intendimenti un processo misto di ovaro-isterectomia vagino-addominale, che l'A. specialmente raccomanda in casi di grosse pio-salpingi, a sede alquanto elevata e poco accessibile per via vaginale. L'A. pratica, com'è noto, la disinserzione della vagina dalla cervice dalla via sottopubica e provvede con pinze alla emostasi delle uterine; poi, aperto l' addome punge dalla via vaginale, e sotto il controllo della mano nell' addome le collezioni purulenti per mezzo di una sua pinza trequarti; infine completa dalla via addominale il distacco vescico e retto-uterino, e la segmentazione dei legamenti larghi, esporta utero ed annessi e termina colla sutura del peritoneo pelvico.

La esperienza però di tale processo è fin qui scarsa, nè dessa ha dimostrato che il medesimo garantisca in modo irrefutabile contro il più grave accidente, che possa occorrere nella laparotomia per tale indicazione, la infezione del peritoneo per avvenuta rottura di raccolte marciose nel cavo addominale. L' istesso Chaput su 7 operate ne perdette una appunto per peritonite streptococcica da rottura di un ascesso

---

(1) Chaput. « Traitement des grosses salpingites haut situées par l'hystérectomie vagino-abdominale fermée. » *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, Luglio 1894.

ovarico durante l'operazione. Per di più non è da escludersi la possibilità che in queste ripetute ed alterne manovre per la via vaginale e nel cavo addominale avvenga più facile la infezione, massime dopochè l'operatore si è quasi inevitabilmente inquinate le mani nello svuotare col trequarti per via vaginale le pozze marciose parauterine. La vagina, la cervice di donne affette da endometriti, da piosalpingi, particolarmente se gonococciche, checchè ne pensi lo Chaput, non possono essere ridotte a tal grado di asepsi, che ci possa impunemente permettere questo promiscuo manovrare nella vagina e nel cavo addominale.

Per queste ed altre ragioni che andrò più avanti svolgendo, mi parve opportuno battere altra via da quella segnata da Chaput, pure tenendo fermo il proposito di utilizzare nel programma operatorio i vantaggi dell' intervento sia per la via laparotomica che per quella vaginale. In due casi cioè di grossa piosalpinge bilaterale, con tenaci aderenze omentali e coll'intestino, operati quest'anno nell'Istituto ostetrico ginecologico di Parma, ho aperto prima l'addome, ho dissodato coll'aiuto vigilante della vista le aderenze, sezionando le omentali tra due legature e giammai facendo sforzo di trazione sugli annessi durante l'enucleazione, mai quindi tentando di stirarli nel campo della ferita addominale. Quando mi parve che l'isolamento delle aderenze fosse tale da permettermi un completo intervento per la via vaginale, procedetti all'ovaro-isterectomia per vagina, senza incontrare gravi difficoltà ed assicurando quella completa demolizione dell'utero e degli annessi, che sola ci può garantire sulla durata e sull'esito completo della guarigione. Entrambe le pazienti ebbero un decorso affatto regolare, non soffersero più alcun dolore e riacquistarono in modo completo l'attitudine al lavoro. Ecco qualche particolare su entrambi i casi clinici:

Osservazione I. — V. Ascania, d'anni 22, cameriera, nubile, nata e domiciliata a Parma, entra nell'Istituto ostetrico-ginecologico il 15 Maggio 1895, assumendovi il N. 75 del registro ginecologico. Le mestruazioni iniziatesi a 14 anni si fecero durante l'attuale malattia irregolari, abbondanti, della durata da 8 a 15 giorni. La paziente ebbe una gravidanza tre anni or sono, seguita da parto e puerperio normali. Al principio dell'inverno ultimo scorso accusò dolori vivi al basso ventre, alla regione lombare, alle coscie, accompagnati da abbondanti perdite leucorroiche, giallastre ed irritanti, da frequente cefalea, da facili nausee e vomito, da deperimento nelle condizioni sue generali. I dolori si esacerbarono frequentemente in modo intenso, ed in tale epoca si rendevano anche più insistenti le nausee, il vomito ed apparivano dai genitali perdite sanguigne atipiche. Fu curata per qualche mese con tamponi vaginali medicati, ed altri spedienti di cura risolvente. Al

suo ingresso nell'Istituto offriva i segni di una spiccata anemia e il ventre era assai dolente nei quadranti inferiori. All'esame ginecologico si riconosceva l'esistenza di una cronica vulvo-cervicite gonococcica: l'utero era ingrossato, poco mobile, dolente: entrambe le salpingi all'esame combinato si appalesavano grosse come un pugno d'uomo, fisse, assai dolenti, a consistenza distintamente elastica, cementate, come l'utero, da essudati per pelvi-peritonite, fra mezzo ai quali riesciva impossibile ottenere coll'esame una esatta percezione tattile dell'ovaio.

Il giorno 23 Maggio, praticata la laparotomia nella posizione di Trendelenburg, si procede ad una cauta enucleazione degli annessi, che sopratutto a destra offrono estese aderenze tanto omentali che con anse del tenue. Le salpingi decorticate sono entrambe enormemente distese, fuse al loro estremo addominale coll'ovaio corrispondente che pure si appalesa notevolmente tumefatto: la superficie uterina non è messa a nudo se non dopo paziente distacco di aderenze, che avevano anche annullata per mutuo affrontamento delle due pareti peritoneali la tasca del Douglas. Rese così discretamente libere queste parti massime da quelle aderenze che sarebbero state meno accessibili dalla via vaginale, suturata la ferita addominale con punti staccati a tutto spessore, altri limitati al piano aponeurotico, altri infine superficiali, procedo, previo raschiamento, all'ovaro-isterectomia completa per via vaginale provvedendo alla emostasi in parte mediante legatura in seta, in parte a mezzo di pinze Richelot e Doyen. Le grosse salpingi poterono essere estratte senza previa loro evacuazione dalla breccia vaginale, che viene zaffata con garza jodoformica. L'atto operativo procedette in modo affatto regolare e metodico, come apiretico e normale fu il decorso clinico post-operativo.

Rimosse le pinze emostatiche dopo 40 ore dall'atto operativo, tolti in decima giornata i punti della sutura addominale, la paziente potè alzarsi in 15.ª giornata ed uscire il 26 Giugno perfettamente ristabilita. Nelle visite successive all'ambulatorio si potè confermare la persistenza della guarigione, il benessere e la ricostituzione dell'operata, la riacquistata sua attitudine al lavoro.

Osservazione II. — Maria L. in G., d'anni 21, massaia, nata e domiciliata in S. Pietro in Corte, entra uell'Istituto il giorno 11 Ottobre 1895, assumendovi il N. 152 del registro ginecologico. Mestruata a 13 anni regolarmente, godette buona salute fino a due anni or sono, fino all'epoca cioè del suo matrimonio. Da allora cominciò subito ad accusare bruciore nella urinazione ed ebbe perdite leucorroiche insistenti, giallastre, irritanti. Rimasta incinta otto mesi dopo, sofferse dolori addominali piuttosto vivi, che si irradiavano verso l'arto inferiore sinistro, rendendo stentata la deambulazione. Il parto fu però eutocico, a termine: il puerperio febbrile per più giorni, accompagnato da dolori addominali assai vivi nei primi giorni, più tardi un po' meno, però sempre tanto insistenti da obbligare la paziente anche a rinunciare verso il 4.° mese all'allattamento del suo bambino. Le mestruazioni riapparvero dolorose ed assai abbondanti. I dolori anche fuori dell'epoca catameniale erano prevalentemente localizzati al quadrante inferiore sinistro, da cui irradiavano verso l'arto corrispondente. Fu operata di raschiamento uterino all'Ospedale di Piacenza: più tardi venne da me inviata per cura balnearia a Salsomaggiore. I vantaggi che potè ritrarre da tali cure furono transitorî, tantochè nell'Ottobre essendo di nuovo intensamente sofferente ed inetta affatto ad ogni lavoro, decise ricoverare in questo Istituto. All'esame ginecologico si rilevavano sintomi obbiettivi analoghi a quelli enumerati nella osservazione clinica antece-

dente, però in questo caso le lesioni erano assai più profonde in corrispondenza agli annessi del lato sinistro, e le salpingi, per quanto notevolmente ingrossate, anche per essudati da perisalpingite, erano meno spiccatamente elastiche e distese, che nel caso antecedente.

Atto operativo (30 Ottobre). — Posizione Trendelenburg. Aperto sulla linea mediana, per un tratto di 7 cm. l'addome, coll'aiuto del tatto e della vista si riconosce che anse del tenue, omento e vescica urinaria formano un tetto di estese e fitte aderenze sopra l'apparato genitale, più stipate verso gli annessi di sinistra, ed il corno corrispondente dell'utero. È solamente dopo un paziente distacco colle dita, con strumenti ottusi e con intercisione tra due legature che si riesce a mettere meglio in vista il fondo uterino, che viene afferrato con una pinza uncinata di Schröder, stirato verso l'alto e grado grado liberato dalle aderenze. Completato lo snucleamento degli annessi di entrambi i lati, senza però mai fare trazioni sopra i medesimi, esciso un grosso tratto di omento, perchè maltrattato dalle manovre di distacco, si provvede temporariamente alla emostasi contro l'insistente gemizio di sangue dalle aderenze lacerate mediante zaffamento endopelvico con garza jodoformica. Avendo per tal modo riconosciuto che decisamente non conveniva limitare l'intervento alla sola estirpazione degli annessi di sinistra, profonde essendo pure le alterazioni sia dell'utero, sia degli annessi del lato opposto, suturata la ferita addominale, praticato dalla via vaginale un generoso raschiamento uterino, procedetti alla isterectomia. L'emostasi viene ottenuta sia mediante pinze Richelot e Doyen, sia mediante legature in seta. L'utero sotto le trazioni discende assai più facilmente di quanto avvenisse negli esami praticati avanti l'intervento laparotomico. Al momento dell'apertura degli sfondati posteriore et anteriore si fa strada un po' di sangue proveniente da lacinie di aderenze staccate, sfuggite alla compressione dello zaffo endopelvico che viene estratto attraverso la breccia del fornice posteriore. Rimosso l'utero, con trazioni sulle pinze applicate ai legamenti larghi, e completando con due dita attraverso la breccia vaginale il lavoro di enucleazione degli annessi, vengono estratti con sufficiente facilità quelli di destra, mentre a sinistra gli annessi essendo estremamente friabili ed infiltrati, non possono essere dissodati dalle scarse ultime loro aderenze in istato di integrità. Ad ogni modo il distacco loro per frammentazione riesce affatto completo. La breccia vaginale viene zaffata mediante garza jodoformica.

Anche in qnesto caso il decorso consecutivo fu dei più regolari. La paziente lasciava la Clinica addì 23 Novembre, ventiquattro giorni dopo l'atto operativo, in perfette condizioni di salute.

***

Il processo da me seguito offre, a mente mia, i seguenti vantaggi:

1.° Iniziando il lavoro chirurgico dalla via addominale, l'operatore utilizza subito l'immenso valore diagnostico della laparotomia, rettificando o completando, ove occorra, i giudizi antecedenti, modificando a tenore della nuova diagnosi il programma operativo, talora risparmiando per tal guisa alla donna un ovaio conservabile e riducendo allo stretto necessario l'opera mutilatrice.

2.° L' operatore non si espone al pericolo di infettare eventualmente le proprie mani con maneggi nella vagina, se non dopo che la laparotomia sia stata definitivamente ultimata. L'istessa pratica del raschiamento uterino, come atto preparatorio all' annessiotomia con o senza estirpazione dell' utero, può essere differita al momento in cui l' operatore, lasciata definitivamente la via addominale, si accinge a completare l'operazione per la via della vagina.

3.° Col metodo da me seguito si dissodano le aderenze non alla cieca, come pur troppo occorre talora fare nell'ovaro-isterectomia per via vaginale, bensì sotto il controllo della vista, e si rende poi facile e spedito l' intervento per via vaginale, assicurando una completa demolizione degli annessi suppuranti e cronicamente alterati; il che non di rado fallisce, quando l'intervento sia unicamente praticato dalla via sottopubica, rendendosi poscia talune volte necessaria una laparotomia secondaria.

4.° Se si pensa a quanto occorre fare nella isterectomia totale addominale o nella ovaro-salpingectomia, parmi che nel metodo da me prescelto sia minore il pericolo di una rottura di piosalpinge, perchè non è necessario stirare gli annessi verso il campo operativo come allora che occorre eseguire o la peduncolizzazione dei medesimi, come nella ovaro-salpingectomia, oppure la segmentazione del legamento largo ed infundibolo pelvico, come nella isterectomia totale addominale. Il pericolo di rottura sarà ancora minore se si avrà riguardo di non insistere nel distaccare dalla via soprapubica anche quelle aderenze che siano più profondamente situate nella cavità peritoneo-pelvica, e sieno perciò meglio accessibili dalla via vaginale. Il distacco di tali profonde aderenze potrà essere differito nei tempi consecutivi dell' atto operativo, quando cioè si sta intervenendo per vagina, si è già disinserita la stessa dai suoi attacchi al collo uterino e si sono aperti gli sfondati peritoneali. Seguendo tali norme ci riescirà evitare la rottura e la disseminazione del pus nel cavo addominale anche nei casi che più espongono a tale accidente, quando cioè il focolaio marcioso occupi la parte esterna della tromba o peggio uno spazio compreso tra il suo padiglione e qualche organo finitimo (ovaio, intestino). Se poi durante il distacco per via vaginale delle più profonde aderenze, quelle cioè che fissano gli annessi ammalati al fondo pelvico, avverrà la rottura di una piosalpinge, il pus troverà libero strada verso la va-

gina, e non si diffonderà verso il cavo addominale come inevitabilmente ha luogo in casi di laparotomia, particolarmente se la paziente è in posizione di Trendelenburg.

5.° In confronto alla isterectomia totale addominale offre ancora il vantaggio di abbreviare notevolmente il tempo in cui la cavità addominale resta aperta per sezione laparotomica, di quanto almeno occorre nell' isterectomia addominale per la bilaterale segmentazione dei legamenti larghi, per la profonda e talora difficile legatura delle uterine, per la disinfezione della vagina dal collo uterino. Con ciò vengono di gran lunga anche abbreviati i maneggi inter-addominali sul peritoneo sì parietale che viscerale; e chi ricordi quanto importante per il successo di una operazione di tal genere sia la breve durata almeno in quei suoi tempi in cui il cavo addominale resta esposto alla caduta di microgermi da un ambiente, che nessun mezzo può rendere assolutamente sterile, non potrà che riconoscere la opportunità di un procedimento operativo, in cui molta parte del lavoro chirurgico, che andrebbe altrimenti praticata a ventre aperto, sia invece compiuta per la vía più innocua della vagina, facendosi anche assegnamento sulla eccezionale resistenza alle infezioni che nella donna offre il peritoneo endopelvico.

6.° Devesi ancora considerare che, allorquando si voglia estirpare l'utero per via unicamente addominale ed esso pure sia infetto, come nei casi di piosalpinge gonococcica o streptococcica, può avvenire, a malgrado di ogni più attenta disinfezione preparatoria della mucosa cervico-uterina, che questa, durante il distacco dell' apparato genitale dalle sue anatomiche connessioni e la sua esportazione per la ferita addominale, contamini assai più facilmente la cavità peritoneale di quanto possa temersi quando l' isterectomia venga in seguito praticata per la via vaginale.

7.° Il volume talora rilevante delle sacche da piosalpinge non può controindicare, come sarebbe nei casi di grossi fibromiomi, la loro estrazione dalla via vaginale, inquantochè nulla ci impedisce di pungerle, di evacuarle almeno in parte dalla via sottopubica, e ciò dopo che la vagina sia stata distaccata circolarmente dal collo uterino ed il nostro indice possa portarsi a tutta vicinanza delle collezioni marciose, riconoscerne l' esatta sede, ed affrontarle senza l' interposizione della spessa parete vaginale. Che la puntura ed evacuazione delle collezioni

purulente nella isterectomia riesca meglio dalla via vaginale lo dimostra il fatto che nel procedimento ideato da Chaput, nel quale l'isterectomia iniziata dalla via vaginale viene compiuta per via addominale, la puntura delle raccolte marciose è però sempre eseguita per la via della vagina, Se pertanto si riconosce l'opportunità di battere tale strada per lo svuotamento delle pozze purulente, chi vorrebbe poi negare che sia assai meno pericoloso che l'operatore, come nel metodo da me seguito, continui e conduca a fine l'operazione dalla parte della vagina eventualmente inquinata di pus e già per sè stessa difficilmente asettica, anzichè passare ad ulteriori e non brevi maneggi per la via laparotomica?

8.° Nè va infine dimenticata la circostanza favorevole che, una volta praticato dalla via laparotomica il dissodamento di molte aderenze, non solamente riesce più facile il far discendere l'utero colle trazioni sulla portio, e si rende spedita e metodica l'ovaro-isterectomia, ma le stesse trazioni sull'utero non possono riescire tanto pericolose per minaccia di rottura di piosalpingi o di emorragie interne, come allora che gli annessi trovinsi tuttora sepolti in una fitta atmosfera di aderenze e vengano forzatamente stirati dalla loro obbligata sede ad accompagnare in basso l'utero, a sua volta trascinato dalle pinze. Il vantaggio di un più facile abbassamento dell'utero è tanto più rilevante in casi di suppurazioni periuterine, sapendosi come nei medesimi coesista frequentemente una grande friabilità del tessuto uterino alla quale fa contrasto, nella isterectomia vaginale non preceduta da laparotomia, la necessità di energiche trazioni sulle pinze da presa per snucleare l'utero dagli essudati e dalle aderenze che lo cementano nel bacino.

Io non ricordo che questa proposta sia stata messa a discussione ed a prova da altri prima che da me. Dalla via vaginale, ad esempio del Martin, venne bensì più volte estirpato il solo peduncolo uterino dopo isterectomia addominale per miomi. Anche il Chaput nella sua pubblicazione in argomento, là dove discute il valore della sua proposta, accenna bensì al confronto del suo processo di isterectomia vagino-addominale con quello di una isterectomia addomino-vaginale: ma con quest'ultima denominazione l'A. allude semplicemente alla ablazione del corpo uterino dalla via addominale e della sola cervice per quella vaginale. Compulsando la parte bibliografica su questo argomento ho trovato che F. Foester nella seduta 3 Aprile 1894 della Società oste-

trica di New-Jork, propose che, avanti l'intervento per via vaginale in caso di ascessi pelvici, si avesse a praticare una laparotomia *esplorativa:* ma tale proposta è ben dissimile nella sua tecnica e nell'obbiettivo che si propone da quella che io oggi sottopongo al giudizio dei Colleghi e che mi diede in due prime prove ottimi risultati: non si tratta infatti per essa di premettere l'apertura laparotomica a scopo puramente diagnostico, ma bensì di praticare un esteso distacco sotto il controllo della vista di quelle aderenze che, poco o punto accessibili per via vaginale, potrebbero rendere disastrosa od impraticabile la demolizione degli annessi se tentata per quest'ultima strada.

A chi rimproverasse al procedimento da me seguito di non risparmiare alla paziente la cicatrice laparotomica, risponderò che, di fronte alla gravezza dei casi clinici che costituiscono indicazione ad una salpingo-isterectomia per via addomino-vaginale, la quistione della cicatrice, per ciò che riguarda la cosmesi dell'operata, passa in ultima linea: i pericoli poi di un eventuale sventramento possono essere con sufficiente garanzia scongiurati, sia limitando allo stretto necessario, come vidi sempre nella pratica del mio illustre maestro il prof. Porro, l'ampiezza della ferita addominale, sia cucendo partitamente lo strato aponevrotico, oppure, come consiglia il prof. Mangiagalli, tardando a togliere i punti, praticati a tutto spessore delle pareti addominali, verso la decima giornata dall'atto operativo (1).

Concludendo: è conveniente, a mio avviso, in casi di profonda lesione bilaterale cronica degli annessi, e particolarmente in casi di doppia e grossa piosalpinge, il premettere nell'istessa seduta alla ovaro-isterectomia per vagina, la laparotomia, allo scopo sia di cerzionare nei suoi particolari la diagnosi, sia di compiere il distacco delle più elevate e pericolose aderenze.

I principali vantaggi, che offre un tale processo addomino-vaginale raffrontato colle altre comuni modalità d'intervento, possono essere così riassunti:

in confronto alla semplice ovaro-salpingectomia:

sopprime l'utero, che può per sè stesso o per i monconi settici delle tube costituirsi a focolaio di nuovi processi infiammatori, assicura un ampio e razionale drenaggio attraverso alla breccia del fondo pelvico;

---

(1) MANGIAGALLI. « La mia opera laparotomica. » Prolusione. *Ann. di Ost. e Gin.*, 1895, p. 181.

in confronto alla ovaro-isterectomia totale addominale:

evita più facilmente l'accidente della rottura di piosalpingi — espone per minor tempo il cavo addominale al raffreddamento, alla caduta di microgermi dall'ambiente, ai pericoli di protratte manovre endo-addominali, quali sono richieste nell'isterectomia addominale per la segmentazione dei legamenti larghi, la legatura delle uterine, la disinserzione della vagina dal collo — trae maggiore profitto dalla nota resistenza alla infezione del peritoneo endo-pelvico nella donna;

in confronto alla ovaro-isterectomia vagino-addominale alla Chaput:

sopprime il grave pericolo che negli alterni maneggi per via vaginale e per quella addominale il peritoneo venga ad essere facilmente contaminato per opera delle nostre mani o degli strumenti;

in confronto alla semplice isterectomia vaginale:

mette ad utile contributo la superiorità diagnostica della laparotomia esploratrice — rende possibile una oculata decorticazione delle aderenze coll'intestino, coll'omento, colla vescica per la via soprapubica, mentre affida alla via vaginale il dissodamento delle residue aderenze, che fissano gli annessi ammalati al fondo del bacino e che sono difficilmente accessibili per la via addominale — assicura la demolizione degli annessi ammalati, alla quale in caso di isterectomia vaginale devesi spesso rinunciare — toglie in buona parte la fissazione dell'utero e degli annessi e permette quindi che nella consecutiva ovaro-isterectomia per vagina, questi organi vengano trascinati abbastanza facilmente e senza pericolo verso l'ostio vulvare e siano perciò completamente demoliti.

Egli è certo che la laparotomia fatta precedere come atto preparatorio all'isterectomia vaginale sarà più nettamente indicata in casi di focolai suppuranti *enucleabili* per quanto estesamente aderenti: se poi la stessa verrà praticata per incertezza di diagnosi in casi di collezioni marciose, che non sieno affatto enucleabili, gioverà almeno a cerziorare, avanti una isterectomia vaginale *evacuatrice,* molti interessanti particolari della diagnosi, ed a permettere una oculata distruzione di briglie epiploiche, di aderenze dell'intestino, a rendere in una parola meno azzardato e più corretto il successivo intervento per via vaginale.

Prof. L. M. BOSSI

Utero atrofico e superinvoluzione uterina dopo il parto

STUDIO ISTOLOGICO E CLINICO

(*Comunic. alla Società Medica Lombarda, Seduta 30 Novembre 1895*)

Brevi cenni sulle varie forme d'atrofia uterina.

Per quanto possa sembrare superfluo, desidero, per maggior chiarezza, spiegare in qual modo e con quali concetti, sotto il punto di vista specialmente eziologico, io intenda fare una chiara distinzione di quelle forme di anomalia dell'utero dette *utero fetale, utero infantile, utero pubescente, utero atrofico,* aventi per sintoma principale l'amenorrea. Nelle prime tre anomalie, che entrano nel capitolo delle malformazioni dell'utero, abbiamo, o un fatto congenito, o un fatto stabilitosi prima che la funzione generativa abbia avuto luogo.

L'utero, in tali casi completamente sviluppato nella sua forma generale, resta stazionario nel volume conservando le proporzioni così acquisite. Assecondo del periodo poi in cui si sarebbe arrestato lo sviluppo, verrebbe chiamato, con una precisione forse illusoria, utero fetale, utero infantile, utero pubescente.

Necessariamente a tale suddivisione o classificazione dovrebbesi pure aggiungere quella forma di atrofia dell'utero, che si verifica per cause indipendenti dalla funzione generativa in epoche varie dell'attività sessuale, forma che non è essa pure precipuo oggetto del presente studio, per quanto su essa intenda intrattenermi alquanto sia per meglio esplicarmi, sia pei notevoli rapporti comuni che sonvi dal lato sintomatologico, curativo e anatomico.

Argomento principale di studio nella presente memoria è *l'atrofia puerperale,* quel fenomeno che si avvera dopo un parto, e per il quale

l'involuzione normale eccede, sorpassa i suoi limiti fisiologici e conduce la paziente, anco giovanissima, prematuramente allo stato di menopausa; *è la iperinvoluzione uterina dopo il parto.*

Riscontrando quindi in una adulta un utero di dimensioni assolutamente inferiori al normale, dovremo anzitutto distinguere, così dai dati obbiettivi (volume dell'utero e condizioni generali di sviluppo della paziente), come dai dati anamnestici, se tale anomalia si stabilì avanti o durante l'epoca dello sviluppo sessuale o dopo questa epoca, e tale distinzione riuscirà facile, bastandoci all'uopo il sapere se o meno si stabilì la funzione mestruale.

Sapremo così se o meno siamo dinnanzi alla classe delle malformazioni uterine dette utero fetale, infantile e adolescente.

Stabilito questo dato, e ammesso che detto fatto patologico siasi avverato dopo lo sviluppo sessuale, dopo cioè iniziatasi la funzione mestruale, potremo facilmente distinguere i casi in cui già era sopravvenuta qualche gestazione e quelli in cui nessuna eravi stata, ed avremo così le atrofie assolutamente indipendenti dalla gestazione e dal parto.

Ma giunti a tal punto un'ultima, e questa non sempre facile distinzione, conviene fare, e cioè, fra l'atrofia che conseguì ad un parto e quella che conseguì a circostanze indipendenti dal parto e dal puerperio ultimo.

Volendo quindi essere precisi dovremmo stabilire quattro categorie di utero atrofico, e cioè:

1.° Utero atrofico per arresto nel suo sviluppo, distinguendo, sebbene forse troppo sottilmente, se:

a) nel periodo embrionario fetale *(utero fetale o utero atrofico congenito),* ed in questo caso la matrice rappresenterebbe l'ultimo stadio di evoluzione della vita endouterina;

b) all'epoca della nascita o poco dopo *(utero infantile);* in essi la matrice conserva la forma e le dimensioni che aveva ai primordi della vita extrauterina;

c) in vicinanza dell'epoca dello sviluppo sessuale *(utero adolescente),* in cui la matrice conserva le dimensioni acquisite negli anni che precedono lo sviluppo sessuale.

Categoria questa prima che giustamente devesi porre nel campo delle anomalie di sviluppo dell'utero.

2.° Utero atrofico per *patologica riduzione del suo volume durante*

la vita sessuale (dopo stabilitasi cioè la funzione mestruale), ma prima che sopravvenisse alcuna fecondazione.

3.° *Utero atrofico per patologica riduzione del suo volume durante la vita sessuale attiva,* dopo avveratesi una o più gravidanze, ma indipendente e per cause indipendenti dell' ultimo parto e dell' ultimo puerperio.

4.° Utero atrofico per *iperinvoluzione,* per patologica eccessiva riduzione cioè dell'utero avvenuta in relazione all' ultimo parto ed all'ultimo puerperio *(iperinvoluzione);* principale soggetto quest' ultima della presente memoria.

Inutile, come è ovvio, aggiungere la categoria dell' utero atrofico per involuzione senile, rappresentando questa forma un fatto fisiologico.

Eziologia delle varie forme d'atrofia uterina.

Necessaria è la suesposta distinzione, poichè essa razionalmente ci traccia, oltrechè la modalità, in parte anche l' origine di questa entità patologica degna indubbiamente d' interesse. E come in un caso appartenente alla prima categoria ricercheremo la causa in tutte quelle circostanze, che sono atte a provocare l'arresto dello sviluppo dell'apparecchio genitale quando questo appunto non ha ancora raggiunto quelle condizioni anatomiche, che lo rendono capace alla funzione generativa, nelle categorie seconda e terza rivolgeremo le nostre indagini eziologiche a quelle altre circostanze, che possono contribuire a interrompere la attività funzionale di questo apparecchio, all' infuori dei fenomeni che accompagnano la funzione generativa, e nella categoria quarta invece il nostro studio causale si concentrerà con ricerche analitiche e sintetiche sulla complessa fenomenologia delle funzioni della riproduzione.

Così a mo' d'esempio sono dati eziologici degni di considerazione per la prima categoria i fatti che accompagnarono nella madre la gestazione il cui prodotto ci fece poi riscontrare nella vita extrauterina un utero fetale; e pei casi d'utero infantile il modo con che procedette il periodo dell'allattamento della bambina, il periodo della dentizione, se vi esistette una delle forme di vulvo-vaginite, che pur sono frequenti nei primi anni di vita, se qualcuna delle abituali malattie infettive dell'infanzia intervenne, ecc.; e per l'utero adolescente lo stato di nu-

trizione generale in cui il soggetto si avviò al periodo dello sviluppo, se intervenne in tale epoca qualche malattia, se si provvide o meno ad una vita igienica, se si abusò di lavori mentali negli anni appunto precedenti lo sviluppo, ecc. Per rapporto alla seconda categoria hanno somma importanza tutte le circostanze che accompagnarono il primo ed i successivi periodi mestruali; se furonvi contravvenzioni a quella vita igienica tanto necessaria nelle giovinette; se furonvi patemi di animo; se intervennero malattie gravi, ecc.

Posso così a questo riguardo citare casi di atrofia d'utero riscontrata a 18, 20, 23, 25, 27 anni, nei quali l'amenorrea si iniziò appunto o dietro arresto quasi subitaneo della funzione mestruale in conseguenza di uno spavento, di gravi emozioni, o dietro una perigliosa infezione dell'organismo.

La credenza popolare attribuisce un'importanza eccessiva invero ai patemi d'animo nelle giovinette, per spiegare gravi squilibrii fisici, che in esse insorgono.

Ma se havvi invero in ciò un'esagerazione, non dobbiamo essere assolutamente increduli. Non sono rari infatti i casi nei quali una grave emozione occorsa durante il flusso mensile, arrestò questo, i successivi periodi più non apparvero, l'utero cessò dal funzionare, una grave denutrizione generale ed una invincibile anemia man mano si manifestò in un con fenomeni isteriformi talora imponenti, e da tale incidente quella donna ebbe così troncata la vita sua fisica e morale.

Venendo alla terza categoria debbo indubbiamente ammettere, che forse non di rado eziologicamente essa può confondersi colla quarta categoria, in entrambe trattandosi di pazienti, che ebbero precedentemente gestazioni in numero vario, nè sempre potendosi in modo assoluto fare astrazione di ciò che può essere conseguenza anco indiretta di tale funzione avveratasi.

Oltrechè alle varie malattie da varii autori già riportate, quali la tubercolosi, la clorosi, la sifilide, il diabete, la malattia di Bright, il morfinismo, la malattia di Basedow, ecc., ed inoltre alle lesioni locali, ai patemi d'animo insorti durante i periodi mestruali (degni sempre di considerazione anche in questa categoria), alle cause varie di denutrizione generale, ecc., su tre fatti particolarmente desidero qui richiamare l'attenzione.

Primo fra essi l'abitudine al coito incompleto suggerito dalle teorie

Malthusiane e tanto diffuse in questi tempi in cui le esigenze sociali fanno in generale paventare la prole numerosa. Tale abitudine se provoca invero assai frequentemente gravi e persistenti iperemie dell'utero e degli annessi conducenti il più delle volte a vere forme di metrite parenchimatosa, talora (due casi) ebbi a constatare come dopo qualche anno conduce pure all'atrofia dell' utero, senza potersi negare che in precedenza sianvi state congestioni più o meno persistenti dell'organo.

Un secondo si è l'effetto che in più della metà dei casi produce il raschiamento dell'endometrio sulla riduzione del volume dell'utero.

Tale riduzione qualche volta sorpassa i limiti fisiologici e si giunge ad avere una vera atrofia dell' utero difficilissima o quasi impossibile a vincersi.

Nel mentre quindi il raschiamento dell' endometrio è un ottimo mezzo di trattamento, che dà risultati soventi insperati riuscendo anche a vincere forme inveterate di sterilità, talora conduce l'apparecchio genitale alla precoce senilità.

Potrei al riguardo esporre tre casi che osservai nel mio esercizio clinico, e cioè:

1.ª In una paziente di 37 anni che aveva avuto un parto a termine ed un aborto, e che operai di raschiamento due anni dopo l'aborto.

2.ª In una seconda di 32 anni, che aveva avuto 2 parti a termine e 3 aborti e che operai di raschiamento un anno dopo l'ultimo aborto.

3.ª Ed in una terza di 35 anni, che aveva avute due gravidanze a termine nei primordi del matrimonio e che operai 14 anni dopo l'ultimo parto.

Nessun mezzo valse in esse a ritornare l'utero allo stato fisiologico.

Ed un terzo si è pure la notevole riduzione nel volume dell'utero conseguente alla cervicectomia, riduzione dapprima osservata e studiata opportunamente da C. Braun, e constatata poi da tutti i ginecologi. Quivi pure, come già ebbe ad accennare il Pozzi (1), la riduzione nel volume dell'utero può esagerarsi tanto da produrre un'atrofia uterina.

Il Pozzi riporta così due casi di cui in uno trattavasi di una donna *vecchia,* alla quale aveva praticato una amputazione conoide del collo per prolasso e vide dopo *quattro anni* ridotto l'utero ad un nocciuolo;

---

(1) Pozzi. « Trattato di Ginecologia clinica ed operatoria. »

in altro trattavasi di persona giovane; praticò l'escisione della mucosa cervicale e osservò una atrofia dell'utero prima che esso *ritornasse* allo stato fisiologico.

Invero il primo caso ha ben poca importanza se si considera che erasi dinnanzi a donna vecchia *(vieille femme,* scrive il Pozzi) e la atrofia uterina osservata dopo quattro anni potrebbesi meglio mettere a carico dell'atrofia senile. Quanto al secondo tratterebbesi solo di *atrofia transitoria.* Posso all'incontro qui esporre sommariamente quattro casi, nei quali invero non fui io l' operatore, ma potei constatare chiaramente tale risultanza in un con dati abbastanza precisi.

1.° Donna di 38 anni, pluripara; cervicectomia 4 anni dopo l'ultimo parto per cervicometrite parenchimatosa; riscontrata atrofia uterina dopo 3 anni dall'operazione, misurando la cavità cent. 4 1|2.

2.° Donna di 29 anni, pluripara; cervicectomia per cervicometrite parenchimatosa tre anni dopo l'ultimo parto; riscontrata atrofia uterina due anni dopo l'operazione, la cavità misurando cm. 5.

3.° Donna di 41 anni, pluripara; cervicectomia per cervicite parenchimatosa 5 anni dopo l'ultima gravidanza; riscontrata atrofia uterina due anni e mezzo dopo, misurando la cavità 3 cm.

4.° Donna di 38 anni, pluripara; cervicectomia per cervicite parenchimatosa 6 anni dopo l'ultima gravidanza; riscontrata l'atrofia tre anni circa dopo l'operazione, misurando la cavità 4 cm.

I surriferiti sono i casi ch'io potei constatare in modo assoluto e nei quali mi fu possibile ricostruire con certezza tutta l'anamnesi.

Ma se si considera la vera manìa che erasi sviluppata in questi ultimi anni e che ora pare tenda a diminuire, di amputare il collo dell'utero in tutta la porzione sua vaginale, deturpando quindi l'organo invece di ridurlo con trattamento meno demolitore in condizioni fisiologiche, se si considera che era invalso il falso concetto (e ciò nei chirurghi, ben raramente nei ginecologi) che tanto più utile era l'atto operativo quanta maggior massa di tessuto si estirpava, facile è comprendere come molti e molti potrebbersi raccogliere di casi consimili ai quattro a cui accennai, e nei quali, oltre ai molteplici disturbi che in appresso descriveremo nella sintomatologia, devesi aggiungere come effetto la sterilità assoluta.

Si è per tali fatti, oltrechè per il dannoso anomalo stato in che si lascia il fondo vaginale, che io fino dal 1890-91 nei miei rendiconti della

Clinica ostetrica di Genova, accennai agli svantaggi che apportavano le profonde amputazioni del collo e insistevo che il ginecologo dovesse imporsi per dovere non di deturpare l'organo, ma di ridurlo in condizioni fisiologiche, cruentando, e suturando poi, solo parti limitate del collo, tali cioè che, a cicatrizzazione completa, lasciassero la cervice di forma regolare, ed aggiungevo pure che alla parola cervicectomia si sostituisse nel maggior numero dei casi possibile il termine di *plastica del collo.*

Razionalmente poi dovressimo pure distinguere con termine diverso l'atrofia uterina che consegue al parto, da quella che consegue ad esempio a tali atti operativi, l'atrofia cioè che è unicamente una *esagerazione di un processo fisiologico,* quale è appunto l'involuzione uterina, dall'atrofia, che consegue a interventi operativi (nei quali potrebbero comprendersi le ripetute scarificazioni il cui effetto riuscì eccessivo). E conservando alla prima forma il nome di *superinvoluzione* od *iperinvoluzione*, chiamare iperiduzione la seconda.

Giunti così alla 4.ª categoria, per ciò che riguarda l'eziologia, ricorderò anzitutto come fra le cause il Frommel (1) pose, oltre alle varie malattie che possono intervenire nel puerperio o dopo il puerperio, la *troppo prolungata lattazione* ed altri autori l'*eccessiva perdita di sangue* durante e dopo il parto. Nè dell'un fatto nè dell'altro posseggo osservazioni cliniche. È però giusto tenere di essi calcolo.

Ed ora, dopo la necessaria importanza a tutte le altre cause possibili, riferirò su un fatto che potrebbe avere rapporti eziologici colla superinvoluzione e che non ritengo finora sia stato da altri notato.

È questo fatto rappresentato dalle *contrazioni* uterine che sopraggiungono sovente dopo il parto, che noi chiamiamo *morsi uterini* ed i francesi *tranchées utérines.* Sappiamo come queste contrazioni insorgano più facilmente nelle pluripare che nelle primipare, più facilmente quando l'utero fu eccessivamente disteso da poliamnios, da gravidanza gemellare, da feto troppo sviluppato, ecc. Sono esse varie per durata e intercorrenza ma sempre dolorose assecondo dell'intensità.

E l'intensità e la durata variano appunto così da mutare un fatto che in certi limiti è ritenuto fisiologico in un fenomeno patologico.

---

(1) GOTTSCHALK. « Ein Fall hochgradiger Galactorrhöa complizirt mit atrophia uteri acquisita. theihins durch sprarifihation der vaginal portion. » *Deut. med. Zeitung*, 887, VIII, pag. 913.

Se sono lievi riescono pochissimo dolorose, come accade nelle primipare, se forti riescono assai dolorose e talora insopportabili. Quando con notevole intensità esse si prolungano al di là delle 36 ore, in generale costituiscono una vera complicanza del puerperio. Ed io ebbi appunto ad osservare su 10 casi di superinvoluzione uterina, nei quali potei constatare l'atrofia uterina quale conseguenza del parto, che in sei i morsi uterini si prolungarono di tre, quattro, cinque, sei giorni con grande intensità, resistendo anche al comune uso degli oppiacei.

Mi si potrebbe qui forse osservare che non devesi ciecamente ragionare secondo il *post-hoc ergo propter-hoc,* mettendo dinnanzi il dubbio che possa esservi stata una semplice fortuita coincidenza di fenomeni.

Soggiungo però anzitutto che tale coincidenza di fatti sarebbe quivi troppo frequente (6 su 10) per doverla a priori ritenere quale una *fortuita* coincidenza e che quindi appunto per tale frequenza è autorizzato non solo, ma in dovere il clinico di prenderla in seria considerazione, solo in tal modo giungendosi in natura alla scoperta di molti fatti che per la loro semplicità sfuggono per lungo tempo agli osservatori.

È in secondo luogo a notarsi come razionalmente, in base ai dati fisiologici ed anatomici che possediamo in rapporto al processo dell' involuzione uterina e del fenomeno dei *morsi uterini,* si possa essere autorizzati ad ammettere un rapporto di causalità fra tali due fatti *entrambi patologici.*

Retrattilità e *contrattilità* sono due fenomeni distinti e proprii del muscolo uterino, il cui intervento indubbiamente assai contribuisce a coadiuvare ed accelerare l'involuzione uterina dopo il parto.

Sebbene Banchacourt consideri i morsi uterini come un fenomeno indipendente dalla retrattilità, altri autori però, fra cui il Charpentier (1) ritengono che i morsi uterini sono la manifestazione simultanea così della retrattilità che della contrattilità dell'utero, ed è a credersi, senza voler entrare in lunga e inopportuna discussione al riguardo, che questi due fattori si connettano specialmente nei primi due giorni dopo l'espulsione del prodotto del concepimento, con una predominanza parossitica talora della contrattilità.

Se in molti casi la contrattilità riesce dolorosa accennando in modo

---

(1) CHARPENTIER. « Traité pratique des accouchements. »

chiaro ai *morsi uterini*, ciò dipende in parte dal fatto che l'utero, eccessivamente disteso avanti (pluriparità, poliamnios, gravidanza gemellare, ecc.) lascia poi per insufficiente retrattilità agglomerarsi nella sua cavità coaguli sanguigni, la cui espulsione richiede evidentemente contrazioni dolorose.

I morsi uterini quindi non sarebbero che una *esagerazione* del fenomeno di contrazione che in tutte le puerpere interviene quale forza coadiuvante la involuzione uterina. Ove quindi i morsi uterini tanto prolungati non siano essi stessi la conseguenza di uno stato già anormale della muscolatura uterina, si sarebbe indotti a pensare che un eccesso di tale esagerato fenomeno potrà pure condurre ad un'esagerazione di effetto, indurre cioè un eccesso di riduzione nel volume dell'utero, un'atrofia o superinvoluzione.

Si potrebbe obbiettare, che manca quivi la prova sperimentale, e che potrebbe anche ammettersi, come sopra accennai, che la stessa causa che provoca la superinvoluzione induca i morsi uterini tanto persistenti.

Alla seconda obbiezione dovrei rispondere chiedendo quale possa essere tale causa che sarebbe comune ai due fenomeni, ed alla prima, se trattandosi di un fatto tanto speciale *rilevabile* solo nella donna, è possibile giungere a prove sperimentali efficaci.

Ciò che io annuncio d'altronde è una semplice ipotesi, ma un'ipotesi basata su dati clinici; non sempre ci è possibile, nei tanti problemi che nel campo della medicina ad ogni istante ci si presentano, l'assurgere dallo sperimento del laboratorio alle prove cliniche o le constatazioni cliniche comprovare collo sperimento di laboratorio, e d'altronde sia nell'un caso che nell'altro, uopo è sempre di circostanze che insorgano a farci formulare il quesito.

E sul presente caso appunto della concomitanza degli esposti due fatti, sono indotto a chiedermi se fra essi non possa esservi rapporto di causalità, rapporto di causalità, che se si affermasse realmente potrebbe anche condurre, come è evidente, ad una razionale ed utile applicazione clinica contro una forma patologica tanto più grave in quanto grandi sono le difficoltà del suo trattamento.

Libero il campo quindi lasciando a nuove osservazioni e fiducioso che queste si moltiplichino, presento riassunto in un quadro i dati clinici che finora posseggo.

Tavola riassuntiva dei casi osservati di superinvoluzione uterina.

Numero progr.	Età	Parti precedenti	Durata dei morsi uterini dopo l'ultimo parto	Quando si constatò l'atrofia uterina	Profondità della cavità uterina misurata coll'isterometro	Sintomi presentati	Osservazioni
1	30	Uno a termine di gravidanza.	Tre giorni, intensissimi.	Due anni dopo l'ultimo parto.	Centimetri 5.	Notevoli squilibrii del sistema nervoso, depressione psichica grave, assoluta amenorrea. Echimosi sottocutanee. Dolore ipocondrio destro.	La paziente presentava anche emorragie vicarie dal retto intestino e dell'apparecchio respiratorio. (V. Registro I, pagina 1060, N. 2006 dell'Ambulatorio ginecologico).
2	27	Sei di cui tre abortivi.	Quattro giorni, incoercibili.	Quattro mesi dopo l'ultimo parto.	Cent. 5 1|2.	La lattazione si arrestò dopo 40 giorni, amenorrea completa, periodiche echimosi sottocutanee. Depressione gravissima del sistema nervoso, dolori quali sono accennati nel testo. Ptialismo. Dolore ipocondrio sinistro.	Viene esportata una porzione triangolare di collo per l'esame istologico riferito nel testo della memoria (V. Registro F, pagina 651, N. 1319 dell'Ambulatorio ginecologico).
3	35	Due a termine.	Tre giorni, incoercibili.	Diciotto mesi dopo l'ultimo parto.	Cent. 6.	Si arrestò la lallattazione al secondo mese. Amenorrea assoluta, soliti dolori e squilibrii del sistema nervoso, grave denutrizione generale. Ptialismo. Dolore ipocondrio destro.	(V. Reg. I, pag. 1039, N. 1963).
4	24	Uno a termine.	Tre giorni e mezzo.	Dieci mesi dopo l'ultimo parto.	Cent. 4.	Amenorrea assoluta, notevolissimo dimagrimento. Dolori sacro-lombari alle regioni inguinali, vascolari, ecc. Echimosi sottocutanee.	(V. Reg. I, pag. 1053, N. 1991). È a notarsi che pochi giorni dopo il parto subì grave patema d'animo per la morte di una figlia. Tosto si soppresse la lochiazione sanguigna e più non si vide sangue. Anche qui venne esportata una porzione triangolare di collo per l'esame istologico. Vedi testo.

Numero progr.	Età	Parti precedenti	Durata dei morsi uterini dopo l'ultimo parto	Quando si constatò l'atrofia uterina	Profondità della cavità uterina misurata coll'isterometro	Sintomi presentati	Osservazioni
5	18	Unico parto.	Non ne ebbe di notevoli, seguì al parto diarrea per lungo tempo (4 mesi?)	Sei mesi dopo il parto.	Centimetri 5.	Amenorrea assoluta. Denutrizione grave, squilibrii psichici e nervosi notevoli, soliti dolori. Dolore ipocondrio destro.	(V. Reg. I, pag. 1035, N. 1956).
6	25	Due a termine.	Non ne ebbe di notevoli.	Quattro mesi dopo.	Cent. 6.	Idem. Notevole ptialismo.	Nel mentre dopo i primi due parti potè allattare, dopo l'ultima allattazione spontaneamente si sospese in 35.ª giornata.
7	35	Sei.	Sei giorni incoercibili.	Cinque mesi dopo.	Cent. 3 1|2.	Idem. Echimosi sottocutanee.	Tutti i mezzi possibili furono tentati ma invano per togliere i morsi uterini.
8	29	Tre.	Nulla di notevole pei morsi, grave patema d'animo	Sette mesi dopo.	Cent. 4 1|2.	Idem.	In terza giornata di puerperio ebbe gravissimo patema d'animo.
9	24	Due.	Nulla di notevole per rapporto ai morsi uterini. Patema d'animo.	Un anno dopo.	Cent. 5.	Idem.	Ebbe notevole patema d'animo in decima giornata dopo il parto con soppressione di lochiazione.
10	27	Quattro.	Tre giorni di cui due fortissimi.	Sei mesi dopo.	Cent. 6.	Idem.	Dopo due mesi del parto ultimo sofferse di grave polmonite.

Frequenza della superinvoluzione uterina.

Sulla frequenza di questa forma poco di positivo si conosce, e la letteratura al riguardo è limitata.

Il Simpson (1), avrebbe constatato tale atrofia dopo il parto una volta e mezzo su cento; il Frommel (2), una su cento. Tali cifre però sono a ritenersi esagerate, e come giustamente osserva il Pozzi, dobbiamo pensare che frequentemente trattasi di atrofia transitoria.

Per rapporto all'atrofia reale, persistente, su cui io intendo parlare, difficile mi sarebbe dare cifre precise od anche approssimative di frequenza. Se invero dovessi stabilire delle cifre in base alle mie osservazioni, la suddetta percentuale scemerebbe di molto, giungendo forse neppure al mezzo per cento.

Occorre però osservare, che finora una statistica seria non si può ottenere, anche perchè la sintomatologia che accompagna tale lesione è tanto multiforme, da sviare colla massima facilità l'attenzione per quanto riguarda l'organo che ne sarebbe la causa, non solo dei profani e quindi delle pazienti, ma dei sanitari stessi. Quanto segue potrà facilmente dimostrarlo.

Sintomatologia.

Già fin da Ippocrate si riconosceva l'importanza dei così detti fenomeni riflessi, che notansi nelle pazienti affette da lesioni dell'apparecchio genitale. Tale importanza venne poi anche esagerata ai tempi di Marshall Hall, e le opere di Engelmann (3), di Grayly Hevitt, ecc., provano in quale seria considerazione essa fosse tenuta.

Negli ultimi tempi però fuvvi, particolarmente presso i nevropatologi, una tendenza esagerata in senso contrario, a diminuirne cioè l'entità.

Il fatto si è che in oggi, se si sorte dalla categoria dei sanitari che si dedicano in modo speciale agli studi ginecologici, la multiforme fenomenologia delle lesioni utero-ovariche trae in errore assai soventi pazienti e medico curante, conducendo a erronee diagnosi.

---

(1) J. Y. Simpson. « Superinvolution of the uterus. » *Edinb. med. Jour.*, Mai 1883.

(2) Frommel. « Ueber puerperale atrophie des uterus. »

(3) « On Hystero-neuroses. » *Amer. Gynaec. Trans.*, vol. II, 1878.

Tale multiforme fenomenologia, esplicantesi in funzioni ed organi apparentemente in rapporti assai indiretti coll'apparecchio genitale, in particolar modo la vediamo esplicarsi nei casi di superinvoluzione uterina, tanto che ritengo assai utile diffondere la conoscenza di essa, onde per tempo e senza prima passare per una lunga sequela di erronee induzioni, questa forma venga diagnosticata.

a) Le condizioni generali di nutrizione vanno man mano peggiorando; il pannicolo adiposo diminuisce in tutte le parti del corpo; il sangue s' impoverisce di emoglobina, portando la paziente a stadii avanzati d'anemia; un pallore notevole invade le mucose; l'organismo assume un aspetto ognor più sofferente.

b) Se l' ammalata ha intrapreso l' allattamento, è, dopo qualche tempo, obbligata a tralasciare, poichè la lattazione, avviatasi scarsa, tende, senza alcuna causa apprezzabile, a scomparire.

c) Interviene un' assoluta amenorrea a cui s' associa la sterilità. È a notarsi che poi durante alcuni periodi in che dovrebbe manifestarsi il catamenio, si avverano stravasi sanguigni sottocutanei e chiazze sparse specialmente sulle coscie, sulle natiche e sulle braccia; si riterrebbero piccole emorragie vicarie.

d) Localmente è pure da rilevare il fatto ch' io osservai manifestissimo della *rapidità* di *cicatrizzazione,* di *reintegrazione* delle lesioni di continuo che si possono praticare sul parenchima del collo. Sembrerebbe che l'attivo processo di distruzione delle fibre muscolari e di reintegrazione di tessuto connettivale si esplichi pure nel riparare a tali lesioni. Lo provarono i due casi in cui tolsi due coni di collo uterino, nei quali pochi giorni dopo riscontravasi una cicatrice perfetta d'apparenza già antica.

e) La circolazione sanguigna si fa irregolare, il polso offre delle aritmie strane, il cuore ha un impulso talora eccessivamente forte, talora leggerissimo.

f) Le funzioni digestive, senza che l' ammalata possa darsene ragione, man mano diventano torpide. Sopraggiunge inappetenza, desiderio di cibi strani che poi avendo dinnanzi rifiuta; lenta la digestione; interviene grave stitichezza. È degno di essere considerato pure lo *ptialismo* spesso fortissimo che viene in scena, strano contrasto, nella stessa forma che si avvera durante lo stato di gravidanza.

g) La respirazione diventa affannosa; a periodi notasi una vera

dispnea; in generale poi si lagnano di non poter respirare liberamente; tutto le soffoca quanto le circonda.

h) Nel campo del sistema nervoso poi è ove si esplicano i fenomeni più interessanti e persistenti.

Cefalee talora imponenti insorgono, sia senza causa occasionale, sia in seguito alle più piccole emozioni od a squilibrii gastrici anco lievi. Turbati sono gli organi dei sensi da ronzii noiosi alle orecchie accompagnati soventi da vertigini; indebolimento della vista in parte spiegabile colla denutrizione generale, ma in parte d'incerta causa; le pazienti accusano di vedere talora doppio, di aver dinnanzi macchie o mosche volanti, ecc.; depravazione del gusto od anche deficienza di questo; iperestesia ovvero insensibilità cutanea.

Esagerati in generale i riflessi.

Notevoli sono i *dolori* che abitualmente accusano queste ammalate alle regioni scapolari e infrascapolari, alle regioni lombari e dorsali. Sono dolori vaganti, ora limitati, ora diffusi, e insorgenti ora repentinamente, ora aggravantisi a gradi a gradi.

Un dolore che finora sempre riscontrai nell'anamnesi di tali casi esiste quasi fisso, continuato specialmente in corrispondenza *dell'ipocondrio di destra* e che si diffonde talora ad entrambi gli inguini ed alla coscia di destra.

Tale dolore viene accusato insistentemente più d'ogni altro da queste pazienti, tanto che potrebbesi quasi ritenere *patagnomonico dell'iperinvoluzione* uterina e che impressiona molto la sofferente, inducendo in essa il sospetto d'essere ammalata di fegato. Non raramente un simile dolore notasi anche all'ipocondrio di sinistra.

Lo stato psichico poi di queste inferme è sempre assai depresso.

Al senso di debolezza generale spiegabile coll'anemia e colla denutrizione a cui sopra accennai, si aggiunge sempre una malinconia, una tristezza abituale invincibili e che attutiscono ogni volontà, ogni attività. Vediamo anche le più energiche, le più vivaci ed intelligenti, divenire taciturne, pigre, indolenti, paurose; persino l'affettività verso la famiglia diminuisce in esse.

Si credono donne perdute, abbandonate da tutti, sembra loro talora che il mondo debba da un istante all'altro arrestarsi. Le più piccole contrarietà apportano ad esse grandi patemi d'animo, all'incontro sono incapaci di qualsiasi entusiasmo.

Un vero incubo della loro esistenza è poi la soppressione mestruale; e nel mentre soventi vediamo donne che subiscono per gravi lesioni la castrazione, rallegrarsi quasi di questo loro stato *neutro*, ritenendo detta soppressione una noia di meno, in queste ammalate la mancanza del flusso mensile deprime il morale in modo straordinario, tanto da costituirne talora la precipua preoccupazione.

Per quanto riguarda all'apparecchio genitale i dati subbiettivi, all'infuori dell'amenorrea, sono assai lievi. Qualche dolore alle regioni ovariche, alle coscie, una leggera leucorrea, che il più delle volte le pazienti non accusano e nulla più in là.

Obbiettivamente poi la vagina si presenta normale, il collo uterino piccolo ma senza soluzioni di continuo, liberi gli annessi e indolenti all'esplorazione.

Tale essendo e tanto complessa e svariata la sindrome fenomenologica che accompagna la iperinvoluzione uterina e tanto poco manifesta per rapporto ai fatti locali, facile è comprendere come il sanitario, il quale non conosca sufficientemente i particolari di questa forma, possa, almeno per qualche tempo, essere condotto in errore sul diagnostico e quindi anche nel trattamento.

In generale queste inferme si presentano col diagnostico di cloro-anemia e con un arsenale perciò di ricostituenti.

Talora però il sanitario, in base ai disturbi che in quel dato giorno l'ammalata accusò, specialmente riferibili alla regione cardiaca, trovando irregolarità (funzionali) nel battito, formula diagnosi di squilibrii cardiaci e con essi spiega l'amenorrea.

I fenomeni dispnoici, asmatici, fermano altre volte maggiormente l'attenzione del curante, ed all' apparecchio respiratorio ed all' insufficiente ossigenazione crede opportuno provvedere.

Non di rado poi la preoccupazione della paziente e gli esagerati fenomeni subbiettivi, che accusa all' ipocondrio di destra, traggono in errore il sanitario, che al fegato, alla sua funzionalità, rivolge quasi unicamente la sua osservazione.

Generalmente il vero diagnostico viene ad essere stabilito tardi, quando l'inferma, dopo interpellati vari sanitari, arriva a chi in particolar modo si occupa di lesioni ginecologiche. Nè, ripeto, il fatto deve meravigliare, se ben si considera la tanto multiforme sintomatologia che si presenta e se si considera ancor più che, per rapporto ai geni-

tali, all'infuori della amenorrea, e, talora, di leggiera leucorrea, nessun disturbo degno di nota viene accusato, e l'esame obbiettivo stesso poi nulla rileva all'infuori del rimpiccolimento dell'organo, che facilmente sfugge se l'osservazione non è attenta.

Disgraziatamente però il ritardato diagnostico conduce ad un ritardo nella cura razionale e causale della multiforme infermità, e quando, in generale, il diagnostico è fatto, il trattamento come vedremo in appresso, comunque sia, riesce pur troppo vano. Da ciò la opportunità che questa sintomatologia ch'io sommariamente ed in base ai dati di un'osservazione diretta e continua di alcuni anni, quivi esposi, sia ben conosciuta e ne' suoi particolari apprezzata da tutti i sanitari.

Prognosi.

Per rapporto alla prognosi dobbiamo distinguere, come già sopra accennai, il grado di atrofia in che trovasi l'utero ed il tempo da che avvenne l'ultimo parto a cui conseguì.

Abbiamo così delle forme recenti che potrebbero chiamarsi *superinvoluzioni uterine transitorie;* sono casi in cui il fenomeno fisiologico dell'involuzione dopo il parto ne oltrepassa alquanto i limiti fisiologici, arrestandosi poi e lasciando che l'organo ritorni nelle condizioni di volume normale.

Di questi fatti di superinvoluzione post-puerperale temporanea possiede numerose osservazioni la letteratura, e potrei io stesso esporne 15 molto dimostrativi.

Dobbiamo dunque anzitutto ammettere tale una *prima* categoria di superinvoluzioni, le quali sfuggono soventi all'osservazione del sanitario e non ne richieggono l'intervento, spontaneamente andando a guarigione.

In questa categoria le pazienti non presentano che parte e in modo passeggero dei sintomi esposti. Accade in esse che il cosidetto capoparto non si avvera all'epoca abituale di 45, 50, 60 giorni dopo il parto, e il sangue, trascorsa la lochiazione più non appare per tre, quattro mesi, nei quali per contro si manifestano svariati disturbi. In seguito poi la funzione catameniale ritorna, l'organismo rientra nel campo fisiologico, e nuove gestazioni sopraggiungono.

Una seconda serie di superinvoluzioni è rappresentata da quei casi

nei quali il fatto patologico è più persistente, la sindrome fenomenologica si manifesta con tutti i suoi caratteri, e la forma è per tempo diagnosticata, sia perchè la paziente interpella per tempo il sanitario, sia perchè questi intravvide tosto la causa dai molteplici disturbi.

L'utero allora, per quanto atrofico, misura però ancora sei, sei centimetri e mezzo di cavità, le pareti ed il collo, di volume invero eccessivamente piccolo, offrono però al dito esploratore una massa discreta.

In queste circostanze tutti i trattamenti in uso opportunamente messi in pratica, raggiungono il più delle volte la meta, e giungono a ripristinare le funzioni mestruali non solo, ma a ritornare l'apparecchio genitale in condizioni tali da poter essere atto a nuove fecondazioni ed a nuove gestazioni regolari.

Una *terza categoria* è costituita da quelle pazienti le quali per mesi vivono in preda ai tanti e svariati disturbi sintomatici già descritti, sia per il fatto di non decidersi mai a consultare l'uomo dell'arte, sia anco perchè, consultando questi, esagerando nella relazione dei dati subiettivi alcuni fenomeni, venne fuorviata l'attenzione verso il fatto causale, ed il diagnostico rimane a lungo od erroneo od incerto, e quindi erroneo od insufficiente il trattamento.

Le inferme in queste circostanze si presentano in condizioni generali di denutrizione e d'anemia assai gravi, con prostrazione imponente del sistema nervoso, ed in condizioni psichiche deplorevoli.

L'esame obiettivo rileva quivi l'utero ridotto in modo notevolissimo in tutti i suoi diametri, la cervice ha l'aspetto nella porzione vaginale vista collo speculum simile a quella, che puossi vedere in una ragazza da poche volte mestruata; la cavità uterina misura sei, cinque, quattro ed anco tre centimetri.

Sono questi i casi in cui, sia il ritardo frapposto dalle pazienti a ricorrere all'arte, sia l'errore e l'incertezza diagnostica, riescono soventi fatali, giacchè la guarigione, pur impiegando mezzi anco energici, soventi per non dire il più delle volte, l'opera nostra riesce vana, una prematura ed inconsolabile senilità invade questi organismi, e talora i fenomeni psicopatici a cui sono in preda s'avviano alla cronicità, conducendo quelle poverette anco alla demenza.

La prognosi perciò in questa terza categoria dovrà sempre essere assai più riservata che non nella seconda, tendendo piuttosto ad emetterla infausta.

Trattamento.

Sia come cura sintomatica in base al fatto della denutrizione generale e grave anemia che si manifesta, sia come trattamento causale allo scopo cioè di indurre nell'organismo invece che un potere di regressione una attività progressiva nei tessuti, converrà sempre un trattamento tonico e ricostituente generale.

I preparati arsenicali e ferruginosi, i tonici quali la cascarilla, la noce vomica, il calamo aromatico, ed inoltre i preparati a base di olio di fegato di merluzzo e di fosfato di calce somministrati razionalmente riusciranno, in generale, opportuni.

Sono a consigliarsi inoltre, quali adiuvanti, l'idroterapia, i bagni di mare, il mutamento di clima, il passaggio cioè dal mare alla montagna e viceversa.

Localmente tutti i mezzi atti ad iperemizzare l'apparecchio genitale sono a ritenersi utili. A ragione quindi si suggerisce il ripetuto fondaggio della cavità fatto, come è ovvio, con tutte le cautele antisettiche.

In casi non gravissimi (appartenenti alla 2.ª categoria della classificazione nostra) trovai utile coprire la sonda o meglio un porta caustico del Playfair, con leggero strato di cotone imbevuto di soluzione d'acido fenico al 10 °|₀, e di soluzione, pure al 10 °|₀, di solfato di rame.

Tali sostanze, agendo quali caustici, provocano una specie di rivulsione locale, eccitano le parti e sollevano notevole iperemia.

È pure indicato, invece del ripetuto sondaggio, l'introduzione ed il soggiorno a permanenza, levandolo ogni dieci, quindici giorni, di un pessario ad asta; opportunissimo a tale scopo è il pessario del Wright ad aste divaricantisi.

Si prescrivono pure le irrigazioni calde vaginali abbondanti; io credo che convenga alternare le calde colle fredde, onde l'eccitazione riesca maggiore.

Le applicazioni elettriche fatte localmente vennero sempre da pressochè tutti gli autori proposte, e da molti ritenute assai efficaci. Ultimamente il mio amico La Torre fece esporre (1) un caso seguito da

---

(1) « Un caso di amenorrea da superinvoluzione uterina post-partum, ecc. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, N. 10, 1894.

esito felice e trattato nella di lui privata clinica dal dott. Schiavoni. In tale paziente esisteva utero doppio didelfo, e le cavità misuravano invero ancora rispettivamente 6 1[2 e 7 1[2 cm.; bastarono però 9 applicazioni di elettrolisi Apostoli.

Essendo la forma accennata di lieve entità, questo risultato non può avere importanza decisiva, ma non esito però a ritenere che realmente l'applicazione elettrica intrauterina, quale venne ideata dall'Apostoli, congestionando fortemente l'utero, apporti quivi notevoli vantaggi.

Per quanto riguarda la mia esperienza personale fino ad oggi posso, riferendomi ai casi già esposti, concludere: Che l'elettrolisi ch'io sperimentai insistentemente in quattro casi, mi diede risultato favorevole in uno, nel quale la cavità uterina era di cm. 6. L'amenorrea che da un anno persisteva, con tutti i fenomeni proprii della superinvoluzione uterina, fu troncata dopo 15 applicazioni da un'abbondante perdita sanguigna, che poi si ripetè periodicamente, e l'utero man mano riacquistò il suo volume normale.

Che in un altro caso in cui la cavità uterina misurava 6 cm., ebbi pure buon esito dall'applicazione in permanenza del pessario del Wright.

Che in un caso in cui la cavità misurava cm. 5 1[2 ebbi buon risultato dalle punture sul muso di tinca fatte asetticamente di otto in otto giorni ed accompagnate dal ripetuto sondaggio uterino.

Che nei casi di superinvoluzione uterina con cavità inferiore ai 5 centimetri, pur mettendo in pratica i varii mezzi sopradetti, sia contemporaneamente, sia successivamente, non ebbi finora risultato favorevole assoluto.

Reperto istopatologico.

L'anatomia patologica di questa interessante forma si può ritenere finora assai poco studiata.

Scrissero al riguardo ma incompletamente J. M. Klob (1), Wilhem Thorn (2) ed il Pozzi si esprime nel seguente modo: « Nella superinvoluzione post-puerperale può essere il tessuto uterino rammollito e

---

(1) J. B. Klobs. « Path. Anat. der Weibl. Sexolorgane. » Vienna, 1869, pag. 205.

(2) Wilhelm Thorn. « Beitrag zue Lehre von der atrophie uteri. » *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1889, Bd. XVI, Heft. 1, pag. 57.

friabile in seguito del riassorbimento incompleto delle materie adipose provenienti dalla disintegrazione delle fibre muscolari, » modo, come si vede, assai sibillino.

Ritenni perciò non privo di interesse il fare qualche ricerca sul significato anatomo-patologico della superinvoluzione uterina.

A tale uopo in due casi escisi un cono di porzione vaginale del collo uterino in modo da comprendervi sia la mucosa di rivestimento del muso di tinca, sia la mucosa del canale cervicale. Posi tali pezzi in alcool, li indurii col solito metodo e ne feci delle sezioni che colorai col carmino d'allume.

Onde poter constatare due diversi stadii di superinvoluzione potei scegliere un caso in cui la superinvoluzione era molto avanzata ed un altro in cui essa lo era meno,

In un caso infatti, il N. 2 della tavola (V. Tavola), trattavasi di paziente d'anni 27, che aveva partorito quattro mesi prima e offriva tutti i sintomi più manifesti di superinvoluzione; misurava quivi la cavità uterina cm. 5 1[2. In altro caso, il N. 4 della tavola (V. Tavola), trattavasi di paziente d'anni 24, che aveva partorito da 10 mesi, offrente pure tutti i fenomeni della superinvoluzione ed in cui la cavità uterina misurava solo 4 cm.

Vedremo ora come le lesioni anatomiche corrispondessero perfettamente a tale diverso grado d'atrofia.

Onde essere più sicuro nel giudicare il reperto istologico, feci pure dei preparati di una porzione di forma eguale di collo d'utero normale che potei ottenere da un' isterectomia totale per fibroma del fondo, il collo non presentando anomalia alcuna.

Caso I (N. 2 della Tavola). — Grado meno avanzato di superinvoluzione. Facendo un confronto fra lo spessore dell'epitelio pavimentoso del muso di tinca del collo normale con questo superinvoluto, si rileva già ad occhio nudo una differenza di spessore, misurando la quale coll'oculare micrometrico si può determinare circa da 7 a 10 divisioni in meno per l'epitelio di questo.

Lo spessore della mucosa sottoposta a tale epitelio pavimentoso non appare in confronto della normale sensibilmente diminuito; soltanto il connettivo di questa mucosa, specialmente nei suoi strati superficiali, è infiltrato di leucociti ed in genere più ricco di cellule e di piccoli vasi di quanto non sia il connettivo della mucosa normale, per cui ac-

quista i caratteri di un tessuto connettivo più giovane: inoltre *tanto* in questo connettivo come nei tessuti sottoposti e più profondi si osservano degli elementi cellulari più grandi, intensamente colorati col carmino all'allume, intorno ai quali riferirò più sotto, quanto ho potuto rilevare relativamente alla loro natura e significato, mancando queste cellule nel collo normale.

In questo collo superinvoluto, e sempre in confronto colle corrispondenti sezioni del collo normale, si può notare che succede alla mucosa un grosso strato di tessuto connettivo privo di fasci muscolari, mentre nel normale succede alla mucosa il connettivo più lasso sottomucoso rappresentato da uno strato di spessore relativamente piccolo. Ciò è dovuto al fatto che molti fasci muscolari superficiali, i quali hanno per lo più una direzione parallela alla superficie della mucosa, sono quivi scomparsi. Non si vede quindi nel grosso strato di connettivo che succede alla mucosa ben distinta la parte che spetta al connettivo sottomucoso, essendo quello rappresentato da un connettivo di struttura uniforme, meno lasso, infiltrato di leucociti.

Seguono poi dei fasci di fibre muscolari tagliati in diverse direzioni e più esili in confronto a quelli che si riscontrano nel collo dell'utero normale. Il connettivo intermuscolare è molto abbondante in confronto del normale.

La mucosa del canale cervicale rivestita di normale epitelio cilindrico con relative ghiandole appare ricca di elementi cellulari rotondi e delle grandi cellule intensamente colorate già sopra accennate.

Caso II (N. 4 della Tavola). — Grado più avanzato di superinvoluzione. Lo spessore dell'epitelio del muso di tinca in questo caso è di poco inferiore al precedente.

Alla mucosa di spessore poco differente di quello del primo, sussegue più abbondante connettivo *quasi assolutamente privo di tessuto muscolare,* del quale ultimo si vedono fasci, tagliati in senso diverso, piuttosto sottili, e soltanto negli strati profondi della sezione e più prossimi alla mucosa del canale cervicale.

Del pari abbondanti ed esistenti in tutti gli strati sono quelle cellule grandi accennate nel primo caso e che in appresso descriverò. Inoltre piccoli accumuli di leucociti sparsi in tutto lo spessore della sezione si trovano nell'abbondante connettivo in vicinanza di vasi sanguigni di limitato calibro.

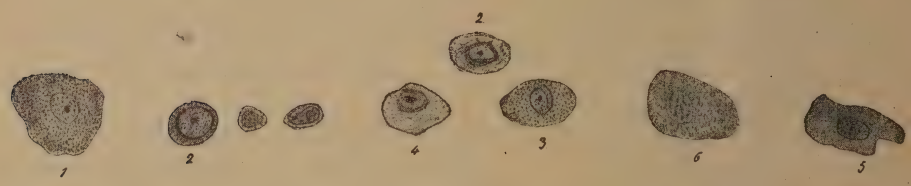
Quanto alle cellule grosse intensamente colorate non vi ha dubbio che siano cellule connettive, ma era necessario considerare se per avventura fossero delle Mastzellen (cellule granulose) ovvero delle cellule

deciduali, non essendo qui il caso di pensare a cellule di un tumore perchè sempre isolate e sparse irregolarmente in tutti gli strati.

Esaminandone un grande numero si trovano alcune (fig. 1) molto grandi di forma subrotonda, appiattita, con protoplasma intensamente colorato dal carmino d'allume ed un nucleo tendente alla forma sferica, granuloso, con grosso nucleolo, altre (fig. 2) assai più piccole pure con protoplasma intensamente colorato e nucleo più granuloso, ma di dimensioni eguali a quello delle cellule più grandi. Tra questi due estremi si hanno delle cellule (fig. 3, 4, 5) di dimensioni intermedie.

Alcune (fig. 6) delle grandi offrono dei grossi granuli nel loro pro-

Forme e dimensioni varie dell'elemento cellulare costantemente riscontrato in tutti gli strati dei colli uterini superinvoluti e non esistenti in alcun strato dei colli uterini normali.



Immers. semiapocrom. $^1/_{15}$ Koriska. 600 diam.

toplasma da farle rassomigliare a Mastzellen. Siccome però io avevo colorato in massa, col carmino all'allume, i pezzi, così non ho potuto avere sezioni da colorarsi con colori basici di anilina e mettermi in grado di determinare con sicurezza se queste cellule sono o meno delle Mastzellen. Perciò, senza poter escludere assolutamente questa possibilità credo lecito l'ammetterne un'altra, che cioè queste cellule possono essere degli stadii di passaggio da leucociti a fibroblasti appunto perchè è evidente in questi casi la neoformazione di tessuto connettivo, che si sostituisce al tessuto muscolare.

Per quanto poi io abbia studiato attentamente con forti e buoni obbiettivi di immersione i fasci di fibre muscolari residuanti, non sono riescito ad osservare nelle fibre muscolari liscie delle sferettine splendenti, che potessero accennare ad un processo di degenerazione adiposa.

Essendo quindi evidente la distruzione dei molti fasci muscolari, devo

di necessità spiegare questo con un processo di atrofia semplice e ritenere quindi l'iperinvoluzione uterina una atrofia semplice delle fibre muscolari liscie del parenchima uterino, con formazione di tessuto connettivo alla cui formazione concorrono le cellule che io ho riscontrato.

Una obbiezione si potrebbe fare: essere cioè insufficiente l'esame istopatologico del collo, per giudicare del processo anatomico d'iperinvoluzione.

L'obbiezione è giusta, ma debbo notare:

1.° Che finora non ebbi la sorte di poter avere un utero intero subinvoluto e difficile è ad averlo pel fatto, che non havvi indicazione all'isterectomia, ed uopo sarebbe quindi della morte della paziente.

2.° Che un fatto utile a rilevare, *e che constatai,* si è che l'atrofia dell'utero nella iperinvoluzione pare (nei casi da me osservati), che *si inizii dal collo procedendo man mano in alto al corpo ed alle ovaia;* queste sarebbero le ultime a subire il processo, dal che si spiegherebbe la frequente possibilità della reintegrazione della funzione generativa colla guarigione. Ora, iniziandosi dal collo il processo, riesce evidente il ritenere essere l'esame anatomico di questo il più interessante a farsi onde constatare i vari gradi d'atrofia, come d'altronde molto chiaramente ci fu dato rilevare nei nostri due casi.

CONCLUSIONI.

1.° Tra i fenomeni che accompagnano la superinvoluzione uterina è da tenersi calcolo dei morsi uterini che si continuano talora dopo il parto insistenti per più giorni, e nell'eziologia deve pure tenersi conto come causa indiretta dei patemi d'animo che avveransi nel puerperio, patemi d'animo che è noto come insorgendo durante l'epoca dello sviluppo e durante i periodi mestruali, siano non infrequente causa indiretta d'atrofia acquisita dell'utero.

2.° Quando al sanitario presentasi il complesso dei sintomi che io descrissi, deve sorgere in lui il sospetto dell'esistenza di superinvoluzione uterina, potendo facilmente tale sintomatologia multiforme condurre in errore diagnostico ed a lungo occultare la causa di disturbi che man mano si rendono ognor più imponenti e tali da seriamente anche compromettere l'esistenza della paziente.

3.° Il trattamento deve essere generale usando tutti i mezzi che migliorino la nutrizione, e locale pure con mezzi svariati, quali il massaggio, il ripetuto sondaggio, l'elettrolisi, ecc.

4.° Il reperto istopatologico degli esposti casi, farebbe ritenere che l'iperinvoluzione uterina anatomicamente considerata, sia un'atrofia semplice o primitiva delle fibre muscolari liscie del parenchima dell'utero con formazione di tessuto connettivo, alla cui produzione concorrono gli elementi cellulari connettivi sopra descritti, e che non si presentano nell'utero normale.

DI UN TAGLIO CESAREO CONSERVATORE

per eclampsia

Lettera del Dott. CARLO DECIO
al Chiarissimo Sig. Prof. Luigi Mangiagalli

Illustrissimo Signor Professore,

Quantunque io Vi abbia già fatto parola di un caso di taglio cesareo per eclampsia occorso nel Comparto Ginecologico Ostetrico di questo Ospedale (che or son due mesi lasciaste dopo sette anni di continuo lavoro), permettete che ora più dettagliatamente ve lo esponga il discepolo vostro, che nell'indirizzarvi questa nota non dissimula l'intima sua compiacenza nel potervi mostrare qualsiasi frutto dei vostri ammaestramenti, e s'appaga della illusione che ancor tutti vi appartengano quei fatti, che in quelle Sale si vanno quotidianamente svolgendo.

Accogliete pertanto l'offerta, egregio Professore, colla vostra consueta benignità, e siavi dessa pegno di dolcissimi ricordi e dimostrazione di affetto e di reverenza, con cui vorrei, od almeno in parte, compensarvi di quanto vi sono debitore.

Colta da subitanei sussulti convulsivi con abolizione dei sensi, la sera del giorno 16 Dicembre dello scorso anno veniva ricoverata in Comparto una giovane sposa gravida nel settimo mese; chiamato dalla levatrice, sollecito accorsi, e dalla madre che l'aveva accompagnata, mi fu dato raccogliere queste brevi notizie. La paziente, di anni 23, operaia addetta ad una fabbrica di scatole, sempre sana fino dalla nascita, non aveva neppure sofferto di quelle forme esantematiche proprie della puerizia e della adolescenza; mestruata per la prima volta a 13 anni, il tributo mensile era sempre continuato regolare pel periodo di sua comparsa, non che normale per la quantità e la durata, ma passata a marito otto mesi innanzi (27 Aprile), le purghe non erano più apparse, e ben presto anche per altri indizi, che tuttavia di sofferenza non mostravano carattere, la donna s'accorse di

essere incinta. Così senza alcun disturbo passarono i primi mesi, ed in epoca che non sapeva ben precisare, la madre asseriva avesse la figlia avvertiti i movimenti della creatura. Nè in prosieguo alcun fenomeno speciale avea turbato l'ulteriore andamento di quella gestazione, o verun sintomo avea potuto far presentire qualsiasi morbo. Solo che due giorni innanzi venisse colta dal male, aveva provato un malessere generale, indefinibile con senso di occupazione al capo, senza per altro che esistessero, od almeno fossero chiaramente manifesti, il diminuire delle orine, le passeggiere amaurosi, e tutti quegli indizi che sogliono insorgere per effetto di disturbi renali. Tuttavia, giova ch'io Ve lo ricordi, un certo quale insolito gonfiore alle gambe era stato avvertito da quella giovane innanzi del primo attacco convulsivo, che l'avea colta di buon mattino di quello stesso giorno, mentre ancora se ne stava dormendo, ma a questo nè essa nè quelli della famiglia avevano gran fatto badato. Ma a quel primo insulto due altri più gravi, rimanendo priva di sensi, erano successi a domicilio, e due altri ancora incalzando nello spazio di un'ora s'erano ripetuti dacchè era stata ricoverata.

Accertato per rapido esame esterno una gravidanza nel 7.° mese in quella donna che mostravasi immune da qualsiasi vizio dei polmoni e del cuore, e constatato un leggier grado di anasarca, mi feci dapprima ad estrarre l'orina dalla vescica, la quale sebbene venisse in iscarsa quantità, fu tuttavia sufficiente per appalesarmi, come fosse in altissimo grado intorbidata per albumina. Trasportata la paziente (agitata, ma non in convulsioni), nella camera dei parti per procacciare ad arte lo sgravio prematuro, m'accorsi che il collo uterino, conico, lungo, punto rammollito alla superficie, presentava la bocca appena sensibile e ristretta di tanto, che per introdurvi la candeletta alla maniera del Krause, mi fu forza ricorrere alla dilatazione strumentale alla Hegar, spingendo questa fino al passare della ottava cannuccia.

Ma subito scattò sì violento attacco, che mi fece appigliare al partito di dare esito prontamente alle acque amniotiche, le quali come limpide furono colate attraverso alla siringa di Meissner in più che mediocre quantità, mi persuasero a lasciare in sito il presidio di Krause nella lusinga che il restante delle medesime trattenuto, potesse ancora foggiare a borsa quelle membrane, che solo avevano sofferto di piccola puntura. Nel frattempo avevo potuto convincermi che il feto non veniva pel capo, ed incerto era il battito del cuore fetale percepito attraverso l'addome della madre, i cui polsi contavano 120 battute al minuto. Prima di assentarmi ordinai che le fosse somministrato un clistere purgante, per bocca qualche cucchiaio di acquavite alemanna, e parimenti che ad ogni eventuale futuro insulto le fosse iniettato un centigrammo di morfina, e costantemente mantenuta sul capo una vescica ripiena di ghiaccio. Così m'allontanai, pronto ad accorrere a

nuova chiamata, giacchè come Voi sapete, e come più volte lamentaste, non essendo alcuna camera in Comparto per uso dei medici, riesce impossibile passare quivi la notte, non fosse che in quelle gravi congiunture, le quali al pari di questa, esigono soccorso pronto e continuato.

La mattina del giorno seguente seppi che altri cinque accessi eransi ripetuti, da 37° a 37°. 7 centigradi oscillando il calore del corpo, e che ognuno di essi aveva durato un minuto o poco più; le orine un poco più abbondanti (gr. 200) sempre torbide ed albuminose; anche l'alvo erasi ripetutamente scaricato, ma ciò non ostante il sensorio rimaneva sensibilmente attutito, e malgrado le membra fossero rilasciate dopo quell'ultima convulsione ch'era scattata alle ore 7, punto mi lasciavano tranquillo, il sopore che l'aveva seguita, i caratteri di quel polso che raggiungeva 124 battute al minuto, ed infine il respiro, che non ancor fatto angoscioso, accennava tuttavia a diventarlo.

Sperava non di meno che le vie naturali, da cui non era stata espulsa la siringa elastica, fossero tali da consentire un qualsiasi intervento, ma le mie speranze furono deluse, conciossiachè la cervice uterina trovavasi nelle identiche condizioni verificate la sera antecedente, tuttavia sembrandomi potere ancora fare a fidanza coll'indugio, ristetti da qualunque manovra, e tamponata la vagina amministrai del cloralio per la via del retto.

Ad ore 15, la donna non aveva più sofferto di nuovi attacchi, ma versava in condizioni sempre più gravi, nè le vie generative avevano subìto modificazione alcuna; le orine scarse, profondo il sopore, il polso erasi fatto più frequente, le idropisie cutanee vieppiù manifeste, laonde non sembrandomi savia condotta il temporeggiare più oltre, nella tema che le convulsioni ripigliassero nuova lena, mi accinsi a liberare la paziente col parto forzato, disponendo così dell'aiuto dei Colleghi, adunati per la consueta visita vespertina.

Affidata la paziente al dott. Ferri per l'amministrazione del cloroformio, non ne aveva essa respirato quanto basta di solito per ottenere la desiderata insensibilità, che sembrandomi tuttavia sufficientemente inerte, dato mano allo istrumento dilatatore del prof. L. M. Bossi, introdotte le branche attraverso l'orificio esterno dell'utero, e spintele per intero nella cavità cervicale, mi provai a girarne la ruota, convinto che l'esito avrebbe corrisposto alle speranze, siccome in altri casi in cui ebbi ad usarlo, e come appunto si verificò nel giorno appresso su di un' altra eclampsica sopraggiunta.

Ma dilatato l' orificio pel diametro di un centimetro e mezzo, rigido, ed inestensibile più oltre si manteneva, malgrado che in paziente aspettativa passassero 15 minuti, durante i quali, sebbene la narcosi cloroformica fosse giunta al grado voluto, pur non di meno parve che

una nuova larva d'accesso insultasse ancora quella gestante. Nè prima di abbandonare quell'apparecchio trascurai di forzare le branche a dilatarsi nuovamente oltre il grado accennato, lusingandomi di poter infine in qualche guisa riuscire ad estrarre quel parto settimestre, pur angusta essendone l'uscita; ma fui dissuaso per le incipienti fenditure che andavano mostrandosi sul collo della matrice.

Ritirato pertanto a malincuore l'ordigno meccanico, il dito introdotto nel canal cervicale mi fece accorto come l'orificio interno poco o punto avesse risentito dell'accennata manovra, e come il feto, realmente atteggiato di traverso, si facesse innanzi con una spalla all'ingresso del catino.

Benchè l'aspettazione sia fondamento precipuo della nostra condotta nell'assistere ai parti, tuttavia, come ogni precetto esso va inteso in modo generale e con discrezione; e nel caso esposto, davvero non sembravami prudenza l'attendere che quella cervice, non modificata in lunghezza e negli orifici, avesse a dar segni di maggiore cedevolezza per operare poscia la versione di Celso, e, se questa impossibile, procedere colla manovra di Braxton Hicks a condurre la testa a parto naturale o ad estrazione col forcipe.

D'altronde, come già Vi esposi, sebbene l'acque dell'amnios innanzi colate si fossero mostrate limpide al momento di loro rottura, tuttavia il battito del cuore fetale non era stato avvertito la sera del giorno innanzi, nè lo si udiva in quel punto, benchè la paziente fosse ne' suoi movimenti annientata dal sonno artificiale; ond'è, che potendo assai verosimilmente congetturare della morte del prodotto del concepimento, avrei anche ricorso a qualsiasi atto embriotomico, qualora avessi potuto nutrire speranza di riuscirvi senza soverchio pregiudizio per la gestante. Ma penetrato dal convincimento che per quelle vie genitali non preparate al passaggio del feto, nè facili, nè (giova ricordarlo) spedite sarebbero riuscite quelle manovre, piuttosto che indugiare più oltre e trovarmi nella contingenza di appigliarmi come *extrema ratio* alla sezione cesarea in agonia (da taluni accettata), oppure a quella *post mortem* comandata dalla legge, a sollecitare quel rapido vuotamento della matrice, che in precipuo favore della madre è da ognuno oggidì caldamente raccomandato, pensai e decisi di attenermi di subito alla gastro-isterotomia.

Tanto la madre quanto il marito della paziente erano edotti della gravità dell'intervento.

Inciso pertanto l'addome sulla linea mediana dalla congiunzione dei pubi fino ad oltrepassare tre dita trasverse la cicatrice ombellicale, separati i muscoli retti, e per uguale lunghezza incisa pure la sierosa peritoneale, sgusciai fuori l'utero, dal quale per una breccia di 12 cent. circa, praticata nella sua faccia anteriore, estrassi rapida-

mente il feto, che venne in parte avvolto dalle secondine qua e là lacerate in un colla intera placenta; di guisa che il tempo del secondamento andò confuso con quello della estrazione fetale. Di subito arrestai l'emorragia della incisione uterina mediante una modica pressione esercitata da un laccio elastico applicato sulle parti inferiori della matrice, dopo di che mi feci a detergerne accuratamente la cavità, ed in ispecial modo nel luogo della adesione placentare (in alto ed a destra), e come la vidi sufficientemente sgombra da qualsiasi residuo, passai dapprima tre robusti fili di seta fra loro equidistanti nello spessore muscolare comprendendo la sierosa, ed evitando con ogni cura la mucosa; annodati quei fili ed ottenuto il combaciamento delle superfici cruentate, completai la sutura con 10 punti alla maniera del Lembert. L'utero, che nel frattempo a cagione della mancata irrorazione sanguigna esercitata dalla costrizione elastica erasi mantenuto flacido, e pallido oltremodo appariva, di subito ch'ebbi levato quell'impedimento assunse consistenza e colorito normale, nè si verificò emorragia, o semplice gemizio tanto dai margini affrontati quanto in corrispondenza delle trafitture degli aghi.

Levai quindi dall'addome la larga spugna che avevo insinuata a difesa delle intestina, e siccome non era occorso alcun spandimento, chiusi tosto la breccia addominale con sutura serica intercisa a tutto spessore delle pareti, cosicchè l'atto operativo fu della durata di soli 15 minuti. Tentai poscia di introdurre nel canal cervicale un tubo di gomma, temendo che i secreti lochiali ristagnando in virtù del ristretto suo lume, e che coagulandosi il sangue per avventura raccolto in quella matrice, avessero a pregiudicare l'esito di quell'intervento, ma ne fui dissuaso, vedendo come dall'orificio fluisse il sangue con facilità, e come quel tubo venisse subito espulso per effetto delle contrazioni uterine, in parte coadiuvate da due iniezioni ipodermiche di ergotina, che poco prima erano state praticate.

In sul finire della narcosi cloroformica, il polso erasi fatto assai debole e frequente, ma tosto che la donna fu adagiata nel letto, i battiti si fecero più gagliardi e diminuirono di numero, riacquistando così i caratteri che erano manifesti prima dell'operazione.

Il feto, morto, che pesava 2500 gr. essendo lungo poco meno di 40 cent., offriva segni di recente macerazione, laonde in nessun conto posso valutare l'albuminuria riscontrata nelle orine del medesimo, dopo che l'ebbi estratta con una di quelle speciali siringhe, onde suole il Pawlich rintracciare lo sbocco degli ureteri entro la vescica. Una particolarità che mi piace notarvi si è che la focaccia placentare mostravasi nello spessore de' suoi cotiledoni (per un tratto corrispondente a 4 cent.), trafitta dall'estremo della siringa di Krause, che l'aveva attraversata in luogo di seguire il proprio cammino tra le membrane e la

parete uterina; accidente, ch'io mi sappia, di non comune incontro e che potrebbe costituire reali pericoli qualora avesse a seguirne emorragia.

Breve sarò nell'esporvi le ulteriori fasi come quelle che furono delle più regolari; conciossiachè mantenendosi l'operata apiretica, anche il polso scese a 92 battute, e le orine dapprima scarsissime (che sottoposte ad analisi microscopica dall'egregio dottor Visconti, avevano rivelata la esistenza di una flogosi renale acuta, diffusa con scarsi elementi morfologici del processo nefritico, e l'albumina ragguagliata in volume al 55 °/o), si diedero a fluire più abbondanti, talchè nella seconda giornata dall'intervento, quasi raggiungevano la quantità di un litro. Al quale proposito duolmi di non aver fatte, durante l'atto operativo, siccome avevo in animo, le debite indagini allo scopo di verificare l'eventuale replezione degli ureteri. Coll'aumentare delle orine andarono dissipandosi le idropisie e mano mano l'albumina scomparve. L'ammalata dal canto suo, non molestata dal benchè minimo conato di vomito, sebbene ad estinguere l'insaziabil sete avessi fino dal primo giorno concesso latte ed acqua carbonica in quantità, andò grado a grado risvegliandosi dalla incoscienza, la fisionomia stravolta si ricompose, talchè dopo soli quattro giorni, niuno avrebbe supposto, vedendo quella donna, di accostare una puerpera.

Nè solo il polso fattosi nei dì successivi più rallentato — come si conviene ad ogni fisiologico puerperio — mi era cagione a sperare in un pronostico favorevole, ma altresì il naturale calore del corpo, la calma universale ed il benessere della donna, cui neppure la separazione del latte, scarsamente manifesta, arrecò il minimo inciampo, avendo le mammelle solo appalesato un fugace inturgidimento.

Le lochiazioni scarse e sanguigne nei primi 4 giorni, senza alcun pregiudizio cessarono nel 5.°, e siccome nessun altro scolo siero-mucoso era apparso, mi astenni dal prescrivere qualsiasi lavatura; alla dieta lattea venni man mano sostituendo altri alimenti a misura che scemavane l'indicazione, e nell'11.°, tolti i fili della sutura delle pareti addominali, che apparvero solidamente congiunti, col riscontro mi fu dato rilevare la matrice, quasi ridotta al volume normale, situata sulla linea mediana, mobile, indolente, ma forse un po' più rivolta all'innanzi di quello che si conviene ad antiflessione fisiologica. Nel qual fatto non saprei valutare quanta parte possa aver influito la stessa sintesi uterina.

Uscirei dal limite di una semplice narrazione, quale mi sono prefisso, e d'altronde sarebbe vano, se io Vi ragionassi delle attinenze della eclampsia colla flogosi dei reni, colle idropisie, coll'albuminuria e delle cagioni onde quest'ultima s'attenua o rapida scompare (come

appunto occorse anco nel caso narrato) non appena la matrice viene liberata dal suo prodotto.

Nè tampoco starò discutendo della fallita prova dello strumento dilatatore ideato dal prof. Bossi, a dimostrazione della sua inefficacia, imperocchè siccome a mio avviso è ingiusto il voler assolutamente pretendere che uno strumento s'attagli e possa riuscire in ogni singolo caso, così lo strumento del prof. Bossi dovrebbe (come il forcipe ad esempio *si parva licet componere magnis*), trovare una esatta indicazione in quei soli casi nei quali risiedono le condizioni permittenti, che *alla prova* mancarono nella paziente di cui Vi tenni parola.

A Voi, egregio maestro, lascio il giudizio della condotta seguita, la quale, ch' io mi sappia, offre il primo esempio in Italia di sezione cesarea istituita per eclampsia. Tale cimento (astrazion fatta da quelle contingenze nelle quali Halbertsma, Fischer, Crobach ebbero ricorso *in articulo mortis matris)*, fu già parecchie volte attuato, ed Halbertsma dapprima propose un simile intervento come cura della eclampsia subito che fosse scoppiato il primo accesso. Staude, Swieciki, Herff, Müller, Wertheim, Schauta, Kaltenbach, Doederlein, pure imitarono la condotta dell' ostetrico di Utrecht, volendo alcuni mirare non soltanto alla madre, ma ben anco al feto, e Voi stesso ricorderete, che Löhlein dapprima oppositore di tale condotta, discutendo in seno al Congresso tenutosi in Berlino nell'estate dell'anno 1890, finiva col dichiarare essere l' ostetrico autorizzato a tale impresa solamente nel caso rarissimo in cui il feto *indubbiamente viva*, e che gli orifici uterini siano in siffatta guisa ristretti, da non lasciare lusinga di ottenerlo nè vivo nè morto dalle vie generatrici, espletato ben s' intende ogni mezzo inteso a calmare il morbo materno e ad ottenere la dilatazione della cervice. Secondo le accennate conclusioni, io avrei dovuto astenermi dal sottoporre quella donna al taglio cesareo, ma non sperando ottenere coll' indugio e con ulteriori manovre sufficiente passaggio al feto, preferii, lo ripeto, appigliarmi di subito alla gastro-isterotomia, che mi si presentava come l' unica risorsa per conseguire quel rapido vuotamento dell'utero che è pratica oggidì da ognuno raccomandata nel solo interesse materno.

Questo concetto, che or sono pochi mesi, più largamente andavo svolgendo in una memoria, che presto spero consegnare alle stampe, fu quello che mi indusse ad accogliere subito la sezione cesarea, innanzi che imperiose necessità mi vi avessero poscia inevitabilmente costretto con minorate probabilità di riuscita.

Fautore convinto della amputazione utero-ovarica alla Porro per molte altre indicazioni, credetti mio dovere di attenermi in questa contingenza al metodo conservatore, per cui quella giovane sposa possa ancora con ulteriori fortunate gravidanze riparare al difetto di quella

prole, che avendola indarno resa madre, le fu causa di malattia così grave e spesso funesta (1).

Per non abusare di Vostra tolleranza pongo fine ad ogni ragionamento, pago se di alcuna utilità potrà riuscire la pubblicazione di questo caso, e di averlo a Voi dedicato, cui tutto mi offro e sempre mi raccomando.

Milano, 1.° Gennaio 1896.

Vostro devot.mo
Dott. Carlo Decio.

---

(1) La paziente fu dimessa dalla Sala addì 19 Gennaio. Esplorata in quello stesso giorno, l'utero fu trovato piccolo, mobile, indolente, in antiflessione figiologica, il catetere misurava 6 cent. e mezzo.

SOCIETÀ ED ACCADEMIE

AMBULATORIO POLICLINICO - MILANO

Contribuzione allo studio dell'aborto di origine ovulare

Nota del Dott. GIUSEPPE CROSTI

Libero docente di ostetricia nella R. Univ. di Parma.
Dirigente la Sezione Ginecologica nell'Ambulatorio Policlinico.

COMUNICAZ. ALL'ASSOC. MEDICA LOMBARDA NELLA SEDUTA DEL 30 MAGGIO 1895.

Sulla origine ovulare dell'aborto precoce trovansi cenni più o meno estesi in tutti i trattati di ostetricia, ma, sia per la scarsezza del materiale di osservazione, riuscendo difficile ottenere uovi abortivi completi, in buono stato, sia per la delicatezza dell'esame che mette spesso a dura prova la pazienza dell'osservatore, il capitolo « aborto » si estende di preferenza sulle cause materne.

E noi vediamo infatti messe in prima linea le forme infiammatorie dell'utero, gli spostamenti del viscere, i tumori uterini, ecc., seguono poi le forme infiammatorie o neoplasiche degli annessi, le malattie febbrili, la sifilide, ecc. A tali cause scientificamente accettabili altre si aggiungono sanzionate dalla pratica quali i colpi, i patemi di animo e finalmente, massime per le spose, le iperemie da abuso del coito. Ed il medico pratico attingendo alle cause materne non si trova mai imbarazzato nell'interpretazione genetica dell'aborto: l'esame dell'uovo abortivo presenta quasi sempre interesse secondario, esso serve tutt'al più per una valutazione approssimativa del periodo di gestazione. Quando il riscontro vaginale non ha rilevato note patologiche all'utero od agli annessi giova l'interrogatorio della donna, la quale ricorderà quasi sempre uno sforzo fatto od una forte emozione subìta. Ma, se per avventura la donna non sa addurre ragione alcuna, se il marito è sobrio e non ha precedenti sifilitici, riesce pur sempre di forzare dall'anamnesi remota o qualche perdita leucorroica o mestruazioni copiose, ed ecco con logica facile stabilito il nesso fra endometrite ed aborto.

Non è mio intendimento di negare che l'aborto possa dipendere da

cause materne, penso però che tali cause vengono invocate con eccessiva corrività.

Noi vediamo frequentemente che deviazioni uterine ribelli alla cura meccanica si correggono spontaneamente col sopravenire della gravidanza. Non è raro di riscontrare in gravide miomi uterini, salpingiti, cisti ovariche, ecc. senza che venga turbata la evoluzione fisiologica della matrice. La chirurgia tanto timida un tempo colla donna mestruante o gravida, attacca ora audacemente gli annessi, lede nella sua continuità l'utero con miomectomie e con amputazioni di collo, pratica la divulsione del canale cervicale a scopo curativo del vomito incoercibile e, ciò malgrado, la gravidanza continua talora regolarmente.

A questi fatti che comprovano la grande tolleranza dell' utero di fronte a condizioni patologiche e ad atti operativi che influiscono forse sull' andamento della gravidanza solo indirettamente, possiamo aggiungere delle considerazioni fisiologiche che valgono a menomare il valore abortivo delle metriti e delle endometriti le quali, più direttamente potendo influire sullo sviluppo dell'uovo, sono di preferenza presunte causa di aborto.

Le conoscenze attuali sul concepimento, sulle modificazioni dell'endometrio per divenire ricettacolo dell' ovo fecondato, sul modo di saldamento dell'uovo colla caduca e sul ricambio materno-fetale sono ben lungi dall'essere complete: tuttavia abbiamo dati attendibili per parecchie delle questioni esposte.

Si sa che il nemasperma nuota contro corrente. Il movimento delle ciglia vibratili agli epitelî uterini e tubarici provoca la formazione di un'onda diretta dal cavo peritoneale alla vagina (Barker) ed orienta così la direzione dei nemaspermi verso l'utero e la tuba. D'altra parte l'ovolo è trascinato dalla corrente e scende all' incontro del nemasperma che sale. L' incontro dei due germi sessuali non basta perchè la fecondazione avvenga; è necessario che la cellula ovo abbia subìto delle modificazioni intime durante il suo percorso. Grazie alle ricerche di Hertwig ed altri risulta che la vescicola germinativa, nucleo della cellula ovo quando abbandona l' ovaio, deve eliminare le vescicole di orientazione o globi polari. Con tale eliminazione pare che la cellula ovo acquisti carattere unisessuale differenziandosi da tutte le altre cellule dell'organismo umano che sono ermafrodite. Solo dopo tale modificazione il nucleo contraddistinto ora col nome di pronucleo femminile, può fondersi col pronucleo maschile rappresentato dal segmento cefalico del nemasperma penetrato nella cellula ovo.

È presumibile che manchi frequentemente la fecondazione, sia perchè il nemasperma dà di cozzo in una cellula ovo che non ha ancora colla accennata eliminazione acquistato il carattere di maturanza, sia perchè lo incontra troppo tardi: è certo però che l' incontro dei due

germi è indispensabile perchè la fecondazione avvenga; e dalla modalità di traslazione di essi dobbiamo ritenere che l'incontro può farsi solo ad epiteli dell'endometrio normali.

Ora nelle metriti e nelle endometriti, senza soffermarci qui sulle varietà cliniche ed anatomo-patologiche, noi non possiamo concedere un processo che alteri il contesto muscolare o lo stroma interghiandolare soltanto senza compartecipazione dell'epitelio: epperò aprioristicamente dovremmo negare nelle metriti e nelle endometriti la possibilità di fecondazione. Tali processi più che giustificare l'aborto spiegherebbero la sterilità.

Ma pur concedendo che anche con parziale integrità dell'epitelio possano i due germi congiungersi, altre ragioni stanno ad infirmare che l'ovicino fecondato possa soffermarsi e svilluparsi su di un endometrio patologico.

La mucosa uterina presenta nel periodo intermestruo 1 mm. circa di spessore e trovasi addossata e fissa sulla muscolare mancando tessuto connettivale sottomucoso che permetta scorrimenti. Essa risulta di ghiandole otricolari approfondantisi fino a ridosso del muscolo uterino e di tessuto interghiandolare connettivale ricchissimo di cellule tondeggianti, tessuto che il Steinhaus ritiene analogo al tessuto di granulazione. Avvenuta la fecondazione l'endometrio si modifica notevolmente. L'epitelio di rivestimento perde la sua cilia, si fa cubito, poi piatto; le cellule si fondono fra di loro così che non rimane più che una sottile lamella. Mentre qui notiamo un processo di involuzione, constatiamo nel tessuto interghiandolare un processo evolutivo attivissimo. Le cellule più superficiali si rigonfiano guadagnando spazio verso il cavo uterino: ne risulta più qua e più là uno strozzamento degli sbocchi ghiandolari ed un protrudere di vegetazioni digitiformi atte a trattenere l'ovicino fecondato. Contemporaneamente si notano ammassi di cellule epitelioidi grandi 30-40 μ, sono le così dette cellule deciduali.

A malgrado degli studi di Engelmann, Kundrat, Leopold, Friedlaender, Ercolani, Von Turner, Waldeyer, ecc. non risulta indiscutibile il modo di origine di tali cellule. Si ritiene provengano dagli elementi connettivali dello strato interghiandolare (vasi); il Frommel a proposito di una osservazione di gravidanza tubarica opina possa concorrervi l'epitelio, ultimamente infine, ed i preparati che presento appartenenti all'uovo abortivo N. 1, tendono a provarlo, si concede una compartecipazione fetale. Qualunque sia la genesi delle cellule deciduali, elementi caratteristici della gravidanza, risorge il dubbio se nelle endometriti possano le modificazioni sovraccennate congruamente svolgersi; che se poi l'origine fetale delle cellule della decidua fosse maggiormente convalidata, riuscirebbe certo meno attendibile ancora l'influenza nefasta della menzionata forma infiammatoria sull'andamento della gravidanza.

Ma senza dilungarmi oltre in discussioni teoriche, espongo il perchè io venni nel convincimento che, più di frequente assai di quanto si creda, debbasi l'aborto nelle prime 8-10 settimane a cause fetali.

Per ricerche sullo sviluppo dell'embrione umano mi sono dato attorno da anni a raccogliere materiale, ma, a malgrado di permanenza in cliniche ostetriche per quattro anni e di oltre 3000 malate visitate qui a Milano, non ho potuto mettere insieme che 23 uova abortive complete. Nè tale materiale raccolsi io solo, ma pervennemi in parte dalla cortesia dei colleghi dottori Bianchi, Caravaggi, Ghezzi, Malaspina, Pini, Terzaghi, ai quali rendo vivissime grazie.

Nella breve esposizione sull'aspetto, volume, ecc. dei singoli esemplari, non miro che a rilevare tre fatti: 1.° stato di conservazione dell'embrione; 2.° stato di conservazione dei villi; 3.° vascolarizzazione dei villi.

Gli è dal reciproco rapporto di tali fatti che credo risulti fondata la mia asserzione sulle cause di aborto nelle prime settimane di gravidanza.

* * *

(*) Ovo abortivo N. 1 del quale presento il disegno ed i preparati microscopici. Si tratta di una membrana sacciforme espulsa 20 giorni dopo una mestruazione regolare per periodicità, copia e durata. La membrana riproduceva perfettamente la forma della cavità uterina, presentava cioè forma triangolare con due angoli acuti in alto rispondenti agli sbocchi tubarici, un angolo smusso in basso verso il canale cervicale. Il sacco misurava 62 mm. in lunghezza, 34 mm. in larghezza; scabro per lacerti di tessuto all'esterno era quasi levigato all'interno dove, aperto il sacco, notavansi solchi e fessure limitanti prominenze piane a conferire nell'assieme grossolanamente l'aspetto della pelle di coccodrillo. Tre millimetri al disotto di uno degli angoli superiori notavasi una prominenza tondeggiante grossa poco più di un nocciolo di ciliegia. Tale bitorzolo, che giustamente lasciava sospettare rappresentasse la riflessa coll'uovo, fu, dopo colorazione in massa con picrocarmino all'ioduro di potassio ed inclusione doppia (celloidina-paraffina), sezionato in serie. Il reperto è interessantissimo sotto parecchi punti di vista. Mi basta rilevare qui che la inserzione del corion frondoso già differenziato si fa sulla caduca riflessa. Villi non vascolarizzati, buona conservazione. Gli è questo l'uovo umano che il mio amatissimo maestro, il compianto pro-

(*) Nella seduta del 30 Maggio dell'Associazione Medica Lombarda furono presentati disegni, pezzi anatomici e preparati microscopici riguardanti le uova umane qui elencate.

fessor Cuzzi ed io fecimo conoscere all'ultimo congresso internazionale a Roma.

Ovo abortivo N. 2, grosso quanto uovo di gallina. Embrione mal conservato. Ne ho fatto sezioni in serie che riuscirono male colorate per poca cromofilia degli elementi cellulari. I villi sono invece bene conservati, non riesce che raramente di trovarvi dei vasi sanguigni: le clave terminali sono frequentemente idropiche.

L'ovo abortivo N. 3, del quale presento il disegno, fu espulso ricoperto quasi per intero dalla riflessa, solo ad un estremo fa capolino un ciuffo di villi evidentemente mixomatosi. L'uovo aveva il volume di un bell'uovo di gallina, conteneva quasi due cucchiai di liquido citrino: dell'embrione rimaneva solo una traccia rappresentata da un frustolo di tessuto grosso quanto una lenticchia penzolante da un cordone brevissimo. I villi tipicamente degenerati come nella mola vescicolare non lasciano scorgere traccia di vasi sanguigni, le clave terminali sono idropiche.

L'uovo abortivo N. 4 completo pure ed in parte rivestito da riflessa, è grosso quanto un uovo di piccione. Poco liquido amniotico. L'embrione bene conservato lungo 18 mm. sta attaccato ad un cordone che porta una cisti a metà circa della sua lunghezza. Sulla faccia interna dell'uovo distante quasi 2 cm. dall'origine coriale del funicolo trovansi due cisti, l'una grossa quanto un pisello, l'altra alquanto più piccola. I villi sono in parte vascolarizzati, in altri non sono reperibili i vasi sanguigni ed è costante allora trovare le clave terminali idropiche.

L'uovo abortivo N. 7 è completamente rivestito dalla riflessa; io ne presento il disegno. È nell'assieme fusiforme, misura 37 mm. in lunghezza e 11 mm. di massima larghezza. Apertolo si nota pressochè uniforme sviluppo di villi lassamente aderenti alla riflessa: cavità ampia relativamente all'embrione che misura, ricurvo come si trova, 4 mm. I villi sono in gran parte vascolarizzati, rarissime le clave terminali idropiche.

L'uovo abortivo N. 8 fu espulso in due tempi; dapprima l'embrione che misura 31 mm. in apparenza discretamente conservato, dipoi a qualche ora di intervallo, gli annessi con lembi di decidua. È patente la degenerazione mixomatosa dei villi nei quali mancano vasi sanguigni e le clave terminali sono idropiche.

L'uovo abortivo N. 11 è grosso quanto una nocciola, è vuoto; presenta distribuzione uniforme di villi ben conservati, i quali non sono vascolarizzati e portano clave terminali idropiche.

L'uovo abortivo N. 13, del quale presento disegni e preparati microscopici, è di poco più grosso del precedente, ha sviluppo uniforme

di villi alla sua periferia, e di questi alcuni presentano di già vasi sanguigni; pochissime le clave idropiche. Contiene un embrione lungo 5-6 mm. Io ho fatto preparati in serie dell'embrione e per quanto è possibile un giudizio in proposito sarei indotto a ritenerlo normale.

L'uovo abortivo N. 14 è grosso quanto una noce, ha corion differenziato e nel frondoso notansi vasi sanguigni. La buona conservazione dell'embrione che misurava 16 mm. è dimostrata dagli splendidi preparati dell'occhio che presento. La clave terminali sono rarissimamente idropiche.

L'uovo abortivo N. 15 è grosso come una nocciuola, ha distribuzione uniforme di villi e questi non sono vascolarizzati e mancano di clave idropiche. L'embrione del quale presento il disegno è lungo mm. 6 e sezionato in serie diede preparati assai dimostrativi.

L'uovo abortivo N. 16 è di grossezza e di aspetto analogo al N. 13. Il corion presenta ricca vascolarizzazione che non invade però ancora i villi pure ben conservati: scarse le clave terminali idropiche. Aperto l'uovo si trovò una piccola vescica a traverso la quale non si scopre che un po' di liquido torbidiccio.

L'uovo abortivo N. 17 grosso quanto un uovo di piccione, presenta corion differenziato, villi male conservati, l'epitelio è pressochè perduto dovunque, non si notano vasi nel villo. L'embrione ha perduto il suo atteggiamento, il segmento cefalico è pressochè staccato dal tronco. Il cordone brevissimo si ingrossa ad ampolla nel suo tratto mediano, come si vede dal disegno che presento.

L'uovo abortivo N. 19 grosso quanto una albicocca, presenta corion differenziato, i villi ben conservati, rari i vasi visibili e più qua e più là idropisia delle clave terminali. Apertolo, manca l'embrione. È notevole che il cordone presenti una strozzatura per una fimbria amniotica (vedi figura), il segmento di funicolo che sta al disotto della strozzatura è ingrossato.

L'uovo abortivo N. 21 è appiattito per deficienza di contenuto, ha pochissimi villi quasi irriconoscibili. Due o tre goccie di liquido stanno nella cavità, che presentasi intersecata da numerosi filamenti: di funicolo e di embrione nessuna traccia.

L'uovo abortivo N. 23 è grosso quanto un uovo di pollo, sono scarsi i villi. Apertolo contiene due cucchiai di liquido denso albuminoso. L'embrione ha perduto la sua curvatura, misura 20 mm.: il cordone va al corion in un punto sprovvisto di villi. I villi sono bene conservati, rari i vasi, frequenti le clave terminali idropiche.

L'uovo abortivo N. 24 che presento è grosso quanto un grosso uovo di gallina, contiene due cucchiai circa di liquido torbido. L'embrione è anencefalico, ben conservato ma relativamente piccolo, misura 21 mm. Il corion è differenziato, i villi sono bene conservati, presentano vasi e clave terminali rarissimamente idropiche.

L'uovo abortivo N. 25 è grosso come uovo di gallina, pressochè completamente rivestito della riflessa, solo in un punto protendono ben ramificati (verso la serotina?) i villi. I villi non lasciano scorgere vasi, sono bene conservati (vedi nota a pag. 71) al primo esame, idrope alle clave. L'embrione manca della estremità cefalica disciolta probabilmente nel liquido torbidiccio che occupa le cavità.

L'uovo abortivo N. 26 è grosso quanto una nocciuola, i villi sono scarsi ed uniformemente distribuiti. All'interno una vescichetta con poche goccie di liquido citrino. Villi in parte sprovvisti di epitelio, clave mancanti. Nessuna traccia di vasi.

L'uovo abortivo N. 29 è grosso quanto una nocciuola, ricoperto quasi completamente dalla riflessa sulla quale si gettano villi in buono stato ma non vascolarizzati. All' interno nessuna traccia di embrione. Clave idropiche.

L'uovo abortivo N. 30, grosso quanto una piccola noce, è lussureggiante per sviluppo di villi, i quali sono più lunghi e più ramificati ad un polo, quivi tendendo a costituire il così detto corion frondoso. Apertolo non presenta che il moncone coriale del funicolo, rarissimi i vasi nei villi ancora ben conservati, clave idropiche.

L'uovo abortivo N. 31 è grosso quanto una prugna e ricoperto pressochè uniformemente di villi. Apertolo si trova una vescichetta contenente un corpiciattolo informe (embrione?). Non ho spinto oltre la mia indagine per non rovinare eventualmente il pezzo, è certo che lo sviluppo del supposto embrione è inferiore di assai allo sviluppo degli annessi. I villi non sono vascolarizzati, le clave terminali sono idropiche.

L' uovo N. 33 fu da me estratto all' Ambulatorio Policlinico dalla donna N. 1062 del registro. Accusava scolo sanguigno da 10 o 12 giorni, presentava il canale cervicale occupato da un polipo che tendeva ad estrinsecarsi. Levatolo, trovando il canale cervicale permeabile al dito, credetti conveniente di controllare se nessun altro polipo occupasse la cavità uterina. Sul fondo della parete anteriore incontrai infatti un corpicciolo molle che staccai cautamente: si trattava di uovo grosso quanto una nocciuola ricoperto pressochè uniformemente di villi. Apertolo vi trovo embrione lungo 6 mm. La perfetta condizione dell'uovo e il modo

col quale fu ottenuto permettono di ritenerlo assolutamente normale. I villi sono vascolarizzati, le clave terminali non mai idropiche.

L' uovo abortivo N. 35, grosso quanto piccola noce, ha corion differenziato, villi vascolarizzati, clave idropiche rare. Apertolo si constata l' embrione lungo circa mm. 7 involto nell' amnios; pare bene conservato.

Prima di continuare il nostro studio in base al reperto fornitoci da queste 23 uova umane, mi preme di dare qualche dilucidazione.

La numerazione è riuscita saltuaria perchè ho seguito fedelmente quella del mio registro, nel quale, sotto i numeri mancanti qui, sono elencati, sia embrioni senza annessi, sia annessi soltanto ed incompleti, sia ancora lembi di decidua: pezzi anatomici tutti che non giustificavano illazioni di sorta. La esposizione può parere troppo incompleta, l'esame quasi superficiale: non si parla dell' età presumibile in base alle ricorrenze mestruali, non si fa cenno di condizioni uterine pregresse, di complicanze; manca l'esame microscopico di molti embrioni, degli accidenti al funicolo, ecc.

Certamente la data mestruale avrebbe contribuito a spiegare il modo variabile di comportarsi del corion, che mostrasi già differenziato in frondoso e tenue nell'uovo N. 1, ed è invece uniformemente ricoperto di villi in uova più avanzate di sviluppo. Gli antecedenti sessuali della madre sarebbero qui riusciti preziosi, ma pur rammaricando di non conoscerli per un gran numero di casi, confesso che avrei dovuto dar loro un valore relativo, perchè, se potevo prendere in considerazione il periodico ripetersi di aborti, non sapeva acconciarmi ad accettare senz'altro il dato generico di « endometrite » col quale fu accompagnata la spedizione di qualche uovo abortivo. Epperò fra il non fare e il far male parvemi miglior consiglio attenermi a rilievi esclusivamente obbiettivi senza preconcetti dall'anamnesi, tanto più che risulta ugualmente indubbio quanto mi preme, cioè che le uova abortive descritte appartengono tutte alle prime 8-10 settimane di gravidanza.

Per quanto riguarda l' esame riferentesi all' embrione, ai villi, ai vasi dei villi, espongo per quali criteri io venni al giudizio dato volta a volta. Per stabilire se l'embrione era ben conservato o no mi valsi sempre dell'aspetto, dell'atteggiamento, della resistenza ai delicati maneggi, della connessione al funicolo, ecc., dati macroscopici che del resto si mostrarono sufficienti e sicuri, grazie al controllo con esami microscopici in serie praticati nei N. 1, 2, 13, 14, 15.

Le condizioni del villo dedussi dalla cromofilia e forma degli epiteli, ma sopratutto dalla presenza e dalla conservazione delle gemme propagini. Dal villo si estrinsecano delle appendici di varia forma, tutte però

grossolanamente paragonabili ad una clava, della quale a rappresentare il manubrio starebbe il penducolo d'attacco. Tali appendici risultano di un ammasso più o meno numeroso di elementi epiteliali immersi quasi in una sostanza finamente granulare, la quale assottigliandosi a picciuolo si continua col villo. Accennando a queste produzioni del villo, io le chiamai clave terminali, e se l'aggettivo « terminale » è inesatto perchè le clave non si trovano soltanto all'estremo libero del villo, indica la sede direi quasi costante ed implica qui che il mio esame era in modo speciale rivolto alle clave propriamente terminali. Parevami logico che queste prima e più facilmente delle clave laterali dovessero andare perdute in un processo necrobiotico e più facilmente pure, per rapporti di continuità col tessuto materno, dovessero risentirne le influenze biochimiche.

Qualche spiegazione merita pure l'asserto di villo vascolarizzato o no come risulta in modo sintetico accennato ad ogni caso. L'esame microscopico fatto a fresco rileva molto facilmente la presenza di vasi, tuttavia anche per pezzi conservati in alcool non è difficile constatarli, avendo l'avvertenza di idratare il villo e montarlo in glicerina: nei casi dubbi risponde bene la debole colorazione seguita da decolorazione rapida con soluzione di acido cloridrico. Io giudicavo vascolarizzato il villo ogniqualvolta vi trovavo rappresentato il lume vasale del parallelo ma non addossato decorrere delle cellule endoteliali; quando il lume vasale era scomparso per addossamento degli endotelii residuandone un sottile cordone, giudicavo non vascolarizzato il villo e, si comprende, il giudizio valeva a maggiore ragione quando mancava qualunque vestigio di vaso, fosse questo preesistito o no. L'esame fu praticato sempre su ciuffi di villi presi da parecchi punti del corion.

Il modo di giudicare della vascolarizzazione o meno dei villi quale io l'ho esposto pare, a dir poco, arbitrario, ma se si considera che il valore di tale giudizio risulta poi meritamente ponderato, e che le illazioni non sono assolute, ma si subordinano allo stato di conservazione dell'embrione, riuscirà logico di condonare la inesattezza al desiderio di non ripetermi ad ogni passo.

Aggiungo finalmente ancora che ho fatto pernio delle mie ricerche e delle mie illazioni i risultati forniti dall' uovo N. 33 quale tipo fisiologico, e quelli ottenuti dall'uovo abortivo N. 19 quale inconfutabile dimostrazione di aborto di origine ovulare.

Ed ora ritorniamo al risultato delle nostre ricerche.

* * *

Risalta subito all' occhio un fatto, che del resto riesce facilmente ammissibile, e cioè come i vasi si trovino ad embrioni conservati bene,

si facciano rari o manchino affatto a seconda che l'embrione è male conservato od è andato perduto. Il comportamento dei vasi è collegato col centro circolatorio, l'embrione. Data la morte dell'embrione, cessata l'onda sanguigna, che distende le esilissime pareti capillari, si dissolvono le eventuali emazie contenute nel vaso del villo, e gli endoteli cedendo alla non più controbilanciata pressione ambiente si addossano e finalmente riescono irreperibili. Quanto tempo si impieghi, perchè tali modificazioni ai vasi avvengano, non è possibile inferire; è logico però ritenere che la evoluzione accennata sia tanto più progredita quanto più è antica la morte dell'embrione: in altri termini esiste una correlazione diretta fra la conservazione dei vasi nei villi e quella dell'embrione.

Qui parrebbe acconcio distinguere i casi nei quali presumibilmente fuvvi vascolarizzazione da quelli nei quali è meno facile concedere la preesistenza di vasi. Senza preoccuparmi di precisione matematica in un campo tanto incerto, potrei attenermi al reperto dell'uovo N. 33. Quivi con un uovo grosso quanto una nocciuola ed un embrione di circa 6 mm. troviamo costante la presenza di vasi nei villi, e noi dovremmo concedere una preesistente vascolarizzazione, non più reperibile ora, anche negli uovi N. 11, 15, 16, 17, 21, 26, 29, 31, che hanno volume pressochè uguale a quello del N. 33.

Ma poichè non è mia cura di distinguere e sottilizzare per ogni caso, sibbene di accertare la scomparsa di vasi preesistenti, credo superfluo insistere sugli esemplari enumerati e forzare deduzioni che si impongono; mi basta ricordare come manchino vasi nell'uovo abortivo N 8. dove l'embrione misura 31 mm. e sieno scarsi nel N. 4 con embrione di 18 mm.

Ma, dimostrata la graduale scomparsa dei vasi nei villi ad embrione morto, una obbiezione potrebbe sorgere: che la scomparsa non sia un fatto post-mortale, ma prepari anzi la morte dell'embrione.

A dar base a simile supposizione dovremmo trovar traccie di un processo che eventualmente, come la sifilide, si esplichi con forme infiammatorie lungo le vie sanguigne. Ma a tale ipotesi che tenderebbe, col ritenere primaria la scomparsa dei vasi, secondaria la morte dell'embrione, di far risalire a condizioni extraovulari l'aborto, manca ogni comprova anatomo-patologica al microscopio da parte dei vasi e si oppone lo stato di conservazione dei villi come vedremo.

Epperò riassumo quale primo risultato delle nostre ricerche e primo fattore delle nostre conclusioni: *alla morte dell'embrione segue quale fatto costante, qualora l'uovo non venga immediatamente espulso, la graduale scomparsa dei vasi capillari nei villi.*

* * *

Un altro fatto che merita singolare esame è il rapporto di conservazione dei villi per rispetto a quella dell'embrione. Più volte abbiamo dovuto rilevare che, pur mancando l'embrione ed i vasi, i villi erano bene conservati. Sarebbe logico riscontrare che, cessato il circolo fetale, il villo pure seguisse una fase involutiva, subisse le modificazioni caratteristiche della necrosi da coagulazione o si presentasse almeno nei suoi elementi più delicati, l'epitelio, alterato. Ma nulla di tutto questo. Io ho accennato volta a volta alla buona conservazione dei villi, ma su tale fatto credo opportuno insistere nuovamente. La buona conservazione io desumo precipuamente dall'aspetto e dalla colorabilità degli elementi epiteliali. Non mi sono preoccupato di proposito del connettivo di sostegno, perchè le fasi che questo subisce meriteranno estesa disamina in altro mio lavoro sulla genesi della mola vescicolare, e perchè il mio silenzio qui non pregiudica affatto la argomentazione che mi guida.

È strano, ripeto, che gli epitelii siano bene conservati anche in uova abortive, le quali, mancando di embrione ed avendo un volume rispettabile (N. 3, 19) lasciano supporre che il circolo fetale manchi da parecchio tempo. Ed indipendentemente dalla circolazione fetale come spiegare epitelii così ben conservati ai villi nelle uova abortive N. 11, 23, 29, 30, 31?

Sarebbe comoda interpretazione concedere che gli epiteli dei villi abbiano una resistenza speciale, resistenza grazie alla quale, pur mancando ogni nutrizione da parte del feto, essi manterrebbero quelle condizioni che il microscopio giudica normali dietro esami di confronto su pezzi di placenta a termine con feto vivo e che io devo giudicare normali anche alla stregua del reperto datomi dall'uovo N. 33.

D'altra parte tale comportamento degli epitelii dei villi rappresenterebbe un *unicum* nel campo anatomico, nel quale la esperienza insegna che gli epitelii per i primi ed in modo più marcato subiscono fasi involutive *post mortem,* si compiano queste fasi in campo asettico (macerazione) o col concorso di microrganismi (putrefazione).

L'esperimento pure (1) lasciando per delle ore i villi in acqua asettica, dimostra che gli epitelii pei primi si sformano e si sfaldano, mentre persiste ben visibile e conservata la impalcatura connettivale. Epperò non parmi sostenibile una ipotetica maggiore resistenza degli epitelii quando e la osservazione e l'esperimento appoggiano il contrario.

Non rimane che invocare il concorso dell'endometrio alla nutrizione

---

(1) Dell'uovo abortivo N. 25 ho fatto involontariamente l'esperienza avendo lasciato per dimenticanza gli annessi a macerare.

del villo. Ciò si concede per il villo primordiale non vascolarizzato nei primissimi momenti di soggiorno uterino dell'uovo ed è forzatamente ammesso nella alterazione conosciuta col nome di mola vescicolare, dove il villo vive parassitariamente a carico dell'utero e dove la forma morbosa assume spesso la gravità di una neoplasia maligna.

Con tale interpretazione riesce comprensibile come si trovino nei casi nostri gli epitelii dei villi così ben conservati benchè sia mancata affatto, oppure sia cessata da tempo la irrorazione sanguigna da parte dell'embrione.

Ma io credo che un altro argomento appoggi e comprovi tale modo di nutrizione parassitaria.

Noi abbiamo accennato alle appendici clavate del villo. Per la sottigliezza e delicatezza del tessuto granulare di attacco si comprende come esse, prima ancora che non l'epitelio proprio del villo, vadano alterate o perdute, e come quindi alla loro presenza io abbia dato giustamente valore nel giudicare ben conservati i villi. Ma non mi sono tenuto pago di constatare la loro presenza: ho creduto opportuno di rilevare un carattere che spesso veniva riscontrato alle clave e per il quale io usai la denominazione di clave « idropiche. » Le clave presentavano spesso dei vani e vacuoli in numero e grandezza vari, talora confluenti. Tali vani non sono frutto di degenerazione idropica degli elementi epiteliali, ma sembrano scavarsi fra le cellule epiteliali, le quali ricacciate alla periferia vengono a costituire quasi la parete limitante di una cisti. Noi ritroviamo qui riprodotto esattamente l'aspetto delle clave nella mola vescicolare.

Se noi ci riferiamo ai dati delle nostre 23 uova umane, constatiamo che le clave sono piene nell'uovo N. 33 che ritenni normale, sono piene ancora finchè esistono lumi vasali nei villi a provare che la cessazione del circolo fetale è di data recente: le clave si presentano invece idropiche quando per macerazione e dissolvimento dell'embrione e per correlativa involuzione dei vasi nei villi, si deve ammettere che il circolo fetale è inaridito da tempo.

La idropisia delle clave non può rappresentare un fenomeno cadaverico perchè, ripeto, gli epiteli non sono alterati, inoltre colla macerazione non riesce mai di ottenere alcun che di analogo ai vacuoli descritti, e tali vacuoli infine mancano sempre nelle forme involutive dei villi (degenerazione grassosa, necrosi da coagulazione), quando cioè l'epitelio ha cessato di funzionare.

Come spiegare adunque la formazione di queste vescichette se non ammettendo nei nostri casi come nella mola vescicolare la persistenza di attività osmotiche negli epitelii?

In condizioni normali la placenta è l'organo di escrezione e di nutrizione del feto: essa concede il passaggio di regressioni azotate dal

feto alla madre e di sostanze nutritizie da questa a quello. Venuta meno la circolazione embrionale nel nostro caso, l'epitelio non provvede più al duplice reciproco scambio, ma si limita forzatamente alla assunzione dei liquidi nutritizi.

Gli è dal mancato equilibrio fra entrata ed uscita che si formano i vacuoli delle clave idropiche.

È per tale squilibrio che insorge la mola vescicolare?

Non è mio desiderio di approfondire qui un argomento del quale dovrò occuparmi ancora: dichiaro però che la analogia fra le clave idropiche della mola vescicolare, e quelle studiate nei nostri uovi abortivi, mi induce a ritenere che nell'un caso e nell'altro il processo formativo sia identico, e che l'idropisia delle clave e la mola vescicolare rappresentino un fenomeno costante, inevitabile, necessario a cessato circolo nei villi ed a persistente vitalità degli epitelii.

È per la mancanza di condizioni favorevoli (quale la intima connessione colla decidua) che gli annessi nei casi nostri vennero espulsi prima che la evoluzione vescicolare nel villo riuscisse completa.

Ma torniamo in argomento.

Provata la buona conservazione dei villi; ammessa la persistenza di attività biochimiche negli epitelii, benchè manchi il contributo nutritizio da parte dei vasi fetali, possiamo riassumere le nostre indagini a completare l'asserto a pag. 70 come segue:

Alla morte dell'embrione segue quale fatto costante, qualora l'uovo non venga immediatamente espulso, la graduale scomparsa dei vasi capillari nei villi; gli epitelii di questi ultimi possono continuare a vivere assumendo elementi nutritizii dalla decidua e tale vita parassitaria è comprovata dalla idropisia delle clave.

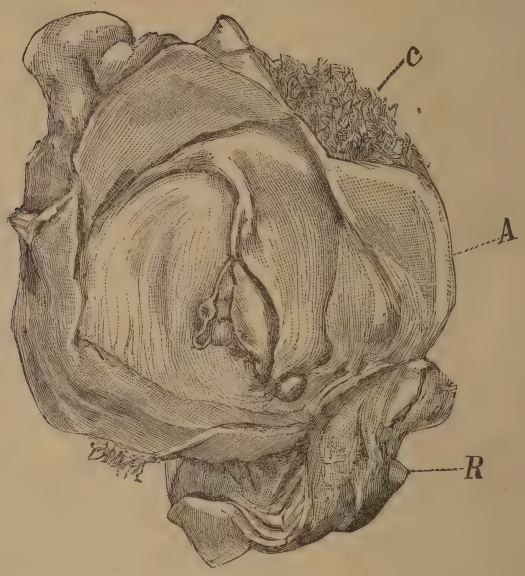
Enunciando così la sintesi del lavoro, è evidente l'ordine cronologico dei fatti; per modo che l'aborto in almeno 16 dei 23 casi nostri (N. 2, 3, 4, 7, 8, 11, 13, 14, 16, 19, 24, 25, 29, 30, 31, 35) dovrebbesi ritenere di origine embrionale; e volendo generalizzare con una proporzionalità, la quale se non ha grande valore perchè desunta da 23 uova soltanto, merita considerazione perchè non fuvvi cernita di casi, dovrei dire che nel 70 0[0 degli aborti nelle prime 8-10 settimane la causa dell'aborto non è materna ma ovulare.

Una obbiezione ancora potrebbe sorgere. La morte dell'embrione, l'inaridimento dei vasi, la nutrizione parassitaria dei villi, l'idropisia delle clave, rappresentano dietro i reperti e dietro le considerazioni esposte la successione logica dei fatti. Sta bene: ma la morte non può dipendere dal passaggio da madre a feto di elementi esiziali (tossine) all'embrione?

Non confuto la obbiezione ma la tolgo di mezzo ricordando quanto ci offre in modo tipico il rene; quivi il passaggio di sostanze tossiche

altera in prima linea gli epitelii dei canalicoli: noi abbiamo trovato invece sempre gli epiteli dei villi ben conservati.

Rimane dunque fermo che l'aborto nelle prime 8-10 settimane ripete molto frequentemente (1) la sua origine da cause estrinseche alla madre. Che poi l'aborto provenga da alterazioni dell'embrione piuttosto che da anomalie del funicolo o da accidenti agli involucri propri del-



A, Amnios. — *C*, Corion. — *R*, Riflessa.

l'uovo, riuscirà forse in avvenire di appurare volta a volta, grazie all'esame accurato dei singoli aborti e grazie ai prodotti della teratologia sperimentale.

Nella mia piccola raccolta trovo materiale prezioso anche per siffatti accertamenti (N. 1, 4, 16, 17, 24), ma assolutamente dimostrativo riesce l'esemplare N. 19 del quale unisco il disegno. La strozzatura del cordone per una fimbria amniotica, la stasi al disotto, non lasciano dubbio sulla interpretazione « aborto di origine ovulare. »

---

(1) Dovrei dire nel maggior numero di casi.

RASSEGNA

Dott. F. VILLA. — **Vescico-fissazione uterina.**

In una nota preventiva pubblicata nel p. p. Ottobre — *Tribuna Medica* N. 10 — e rivistata in questo giornale — N. 11, pag. 864-1895 — io proposi un nuovo metodo di cura del cistocele vaginale basato sul trasporto in alto della parete vescicale e sulla sutura della vescica all'utero. Il Mackenrodt in una recente comunicazione della quale dò qui sotto la traduzione, si fece sostenitore della vescico-fissazione uterina e quindi venne a confermare talune mie vedute e sopratutto a provare, con fatti discretamente numerosi, che la cistopexis uterina è effettuabilissima e scevra da pericoli. Non entro in apprezzamenti sulla proposta del ginecologo tedesco, per riguardo al trattamento delle retrodeviazioni, ma mi limito a far rilevare come la vescico-fissazione sia più facile ad eseguirsi quando vi è il cistocele e come il concetto operatorio che Mackenrodt ed io abbiamo contemporaneamente intuito, possa trovare la sua applicazione in un numero esteso di casi complessi. Di ciò in una prossima pubblicazione.

* * *

Mackenrodt (1) richiama giustamente l'attenzione sul fatto, che fino a quando la vagino-fissazione fu praticata attraverso alla plica vescico-uterina, eccettuate le recidive, nulla vi fu mai da lamentare, mentre che in causa della fissazione uterina alla parete vaginale al di fuori del peritoneo si ebbero accidenti gravi e pericolosissimi in successiva gravidanza. L'A. per altro riconosce come al metodo proprio si possa fare rimprovero del 10 % di recidive, perchè la vescica riesce a cacciarsi con qualche frequenza fra parete vaginale e parete uterina, e perciò non ritenendo sicura nei suoi risultati remoti l'operazione fin qui proposta e praticata, da qualche mese invece della vagino-fissazione praticò la vescico-fissazione col seguente processo: apertura longitudinale o trasversale della vagina, distacco della vescica dall'utero, apertura della tasca vescico-uterina, sutura del peritoneo vescicale, raccorciato per quanto è possibile mediante resezione, col fondo dell'utero,

(1) A. Mackenrodt. « Ueber die Unzulässigkeit der Vaginofixation und ihren nothwendigen Ersatz durch Vescicofixation. » *Centralbl. f. Gynäk.*, Dicembre 1895, pag. 1302.

sutura della parete vescicale staccata dal collo, al corpo dell'utero fino all'altezza dell'orificio interno. Chiusura della vagina come nella colporafia. I vantaggi di questo processo sarebbero:

1.° fin dal principio si ha posizione normale dell'utero;

2.ª si ottiene sicuramente l'obliteraziane dello spazio vescico-uterino;

3.° si hanno minime alterazioni della posizione della vescica la quale è soltanto trasportata dal collo sul corpo uterino;

4.° mancano completamente remoti disturbi da parte della vescica e dell'utero.

Le indicazioni di questa operazione si trovano nelle retrodeviazioni mobili isolate o complicate da prolasso, mentre che per le retrodeviazioni fisse è indicata la isteropexis addominale.

Prof. E. PESTALOZZA. — **Le indicazioni della isterectomia totale addominale.** — Comunicazione al Congresso di Ginecologia di Bordeaux, 9 Agosto 1895.

Divide l'O. le indicazioni in due gruppi, indicazioni *essenziali,* indicazioni *di complemento.* Le prime si hanno quando l'ablazione dell'utero malato è lo scopo principale che l'operatore si propone; nelle operazioni complementari l'ablazione dell'utero non è che l'ultimo atto di una laparotomia intrapresa ad altro scopo, generalmente per la cura di qualche grave malattia bilaterale degli annessi uterini. Mostrasi altresì favorevole nei casi di fibromiomi, laddove l'ablazione non sia conciliabile colla conservazione dell'utero nè facilmente effettuabile per la via vaginale. Aggiunge che la via addominale è la sola che in alcuni casi concede di limitare l'operazione ad una semplice miomotomia, risparmiando alla donna una inutile mulilazione. Espone 17 casi in cui ebbe ricorso alla isterectomia addominale per enorme sviluppo dei tumori, nei quali casi ebbe 13 guarigioni. Il carcinoma dà pure una indicazione classica, qualora si tratti di cancri voluminosi del corpo uterino; riporta 3 casi con 3 guarigioni, e così pure il sarcoma e specialmente quello così detto deciduo-cellulare presenta per l'O. una indicazione essenziale della esportazione radicale. Per la tubercolosi crede imprudente tentare altre vie dal momento che i risultati della isterectomia vaginale sono così soddisfacenti.

Fra le indicazioni complementari della isterectomia totale la prima è rappresentata dai casi di piosalpinge voluminosa bilaterale, nei quali dato pure di poter snucleare completamente le sacche marciose, si finisce coll'abbandonare nel cavo dell'addome un utero decorticato ed inutile, la esportazione complementare non complica gran fatto l'atto operatorio, e ne rende la prognosi più benigna. Riporta 7 casi con un solo decesso; tutti casi gravissimi, ed il caso di morte non va messo a carico del metodo operativo, ma bensì ad una coesistente lesione intestinale. Altra

indicazione è fornita nei casi in cui un fibroma dell'utero renda necessario il taglio cesareo, lo stesso dicasi se l'ostacolo al parto sia dovuto ad un carcinoma del collo uterino, tanto più che lo stato di gravidanza rende la isterectomia totale singolarmente facile.

Una terza indicazione è fornita dai tumori maligni bilaterali dell'ovaio, ed infine la isterectomia totale può rendere non dubbi vantaggi in rari casi di gravidanza extrauterina, allo scopo di rendere possibile una estrazione in toto del sacco gravidico. Conclude che i perfezionamenti tecnici di tale atto operativo consentono di estenderne l'applicazione a diverse categorie di casi clinici. Dà le norme da seguire nei varii tempi della operazione.

DECIO.

QUEIREL. — **Note sur la symphyse pubienne.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, Septembre 1895.

L'A. ha rivolta la propria attenzione sul fatto della anchilosi della sinfisi del pube, e della ossificazione della cartilagine interpubica descritta da taluni come un ostacolo alla rapida esecuzione della sinfisiotomia; le ricerche furono portate sopra 200 bacini di cadaveri di donne di qualunque età, nullipare o pluripare.

Non potè mai constatare una ossificazione qualsiasi del pube a livello della cartilagine, e mai il bistorì fu arrestato nella articolazione. Invece potè accertare che la sinfisi bene spesso non è mediana, ma deviata ora a destra ora a sinistra, di più millimetri ed anche fino ad un centimetro; sopra 200 ne trovò 158 mediane, 23 deviate a sinistra, 19 a destra.

DECIO.

JAYLE et LABBÉ. — **Néphrotomie pour anurie due au cancer de l'utérus.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, Septembre 1895.

Ricordata l'anuria dovuta alla ostruzione ureterale come l'esito più frequente del cancro del collo dell'utero, esito che determina rapidamente la morte delle pazienti, gli A. dicono come tale complicazione possa insorgere di botto, benchè rarissimi siano tali casi. Le Dentu nel 1889 intraprese la prima operazione destinata a combattere gli accidenti uremici acuti dovuti alla compressione dell'uretere. In donna già operata di isterectomia ed in piena recidiva fu fissato l'uretere alla cute. Benchè la secrezione urinaria scomparsa da 7 giorni siasi tosto ristabilita, ciò nondimeno la donna soccombeva in 13.ª giornata.

Warchaskaïa e Trékaki pure raccomandano l'operazione in casi di anuria acuta. Picqué ha proposto una operazione più semplice della ureterostomia cutanea, e

nel 1894 in donna cachettica affetta da anuria assoluta da 10 giorni, praticò una nefrotomia per la quale la meschina sopravisse 3 mesi e mezzo.

Complessa è la patogenesi dell'anuria da cancro uterino, imperocchè la soppressione della escrezione può essere dovuta alla compressione od alla ostruzione di uno o di entrambi gli ureteri. L'anatomia patologica insegna che la ostruzione completa bilaterale degli ureteri è estremamente rara. Per gli autori l'anuria si spiegherebbe da un lato per l'azione riflessa semplice o combinata all'eccesso di tensione, dall'altro semplicemente per l'eccesso di tensione della orina accumulata al disopra del restringimento ureterale. La colonna di liquido poi per poco che il restringimento sia irregolare o flessuoso, ottura per sè medesima meccanicamente l'uretere applicando l'una contro l'altra, o l'una sull'altra le pareti tortuose del condotto ristretto. Così l'anuria non ha alcuna tendenza a scomparire, imperocchè nell'uretere la pressione non può diminuire, e però risulta impotente qualsiasi trattamento medico.

Gli A. non credono consigliabile l'uretero-cistostomia in donna cancerosa come operazione lunga, delicata, i cui risultati d'altronde non sono bene stabiliti; anche la fistola ureterale lombare (Dentu) può essere operazione lunga e difficile. Preferiscono la nefrotomia la cui esecuzione è facile, e non richiede che pochi istanti. La nefrotomia annulla la pressione endoureterale, ristabilisce la escrezione urinaria, e può rendere nuovamente permeabile il ristringimento, cosicchè le pazienti orinano per le vie naturali e pel tragitto fistoloso. Credono gli A. l'operazione perfettamente giustificata come la nefrotomia che si pratica oggidì per l'anuria d'origine calcolosa. Parlano poscia della nefrotomia doppia che reputano necessaria e terminano col mostrare i vantaggi di simile intervento essenzialmente palliativo. Seguono due osservazioni. DECIO.

Prof. dott. HEGAR (Friburgo i. B.). — **Diagnosi della gravidanza nei suoi primi periodi.**

Questo argomento venne ampiamente svolto e con speciale accuratezza studiato dalla scuola ostetrica di Friburgo per opera del prof. Hegar e dei suoi allievi Campes, Reiul e Sonntag.

Nel suo recentissimo articolo *(Deutsche Med. Wochenschrift,* 29 Agosto 1895) il prof. Hegar passa prima di tutto in rassegna i segni della gravidanza assegnando a ciascuno di loro il valore rispettivo, partendo dal concetto che un segno o sintoma è di tanto maggior valore, quanto più difficilmente viene provocato da altre cause diverse della gravidanza. A proposito della colorazione scura della mucosa vaginale e dei genitali esterni, fa notare che vi sono delle donne primipare, giovani, che hanno uno sviluppo manchevole della persona, scarsa muscolatura, nutrizione

scadente, e che sono colpite da anemia, le quali possano presentare un ricchissimo sviluppo delle vene, e una colorazione quasi nerastra della mucosa vaginale e vulvare insieme a numerosissime varici degli arti inferiori. Per quanto riguarda il collo dell'utero fa rilevare il fatto che la *portio vaginalis* perde la forma conica, l'orificio uterino esterno prende una forma rotonda e contiene un turacciolo grigio molto appiccaticcio che è molto differente dal solito turacciolo gelatinoso normale trasparente del canale cervicale.

I sintomi più importanti sono presentati dall'utero: l'aumento del diametro antero-posteriore e il modo brusco con cui la parete anteriore dell'utero sporge dal collo dell'utero a foggia di una tumescenza rotondeggiante. Se questo fatto può essere la conseguenza anche di condizioni patologiche, non lo è mai la consistenza molliccia elastica che è propria dell'utero gravido.

Un altro buon mezzo di diagnosi viene dato dal grado di compressibilità della parte inferiore del corpo dell'utero. Con una lunga serie di ricerche il prof. Hegar ha potuto stabilire che la compressibilità della suddetta parte dell'utero (esplorazione bimanuale) è un fatto normale nella gravidanza, un *fatto fisiologico*. Questo segno si può già rilevare alla quarta settimana della gravidanza. Questa compressibilità è tale che nell'esplorazione combinata le due dite vengano sulla suddetta parte dell'utero quasi a contatto. Il punto di mezzo di questa parte dell'utero è più compressibile che le sue parti laterali. Qualche volta parrebbe di avere fra le dita un semplice foglio di carta, e ciò ancora meglio si sente se con un dito si passa traverso all'ano al disopra del terzo sfintere. Lo spessore medio sarebbe di 4, 5 millimetri.

Al Congresso ginecologico di Vienna venne detta che la causa di questo fatto starebbe in ciò, che nel primo mese della gravidanza l'uovo non discende fino all'orificio uterino esterno e quindi le dita esploratrici non comprenderebbero che il tessuto uterino. L'A. fa osservare però che la distanza dell'uovo dall'orificio suddetto è tanto minima che di necessità le dita devono comprendere anche parte del polo inferiore dell'uovo. Il Landau provò che questa compressibilità ha luogo sull'utero anche in rapporto alle tube come pure in grado maggiore o minore sulle altre parti dell'utero. La parete dell'utero più o meno elastico cede posto all'uovo compreso in questa compressione diagnostica; e devono evidentemente sussistere (come del resto si può supporre del diverso modo di formarsi della borsa amniotica), diversi gradi di elasticità anche degli involucri dell'uovo.

L'inconveniente di questo nuovo mezzo diagnostico può essere quello della provocazione dell'aborto se viene effettuato con troppa forza e ripetutamente. Questo mezzo di provocare l'aborto poi se venisse usato a scopo criminoso, non lascerebbe nessuna prova o traccia di sè.

Questo mezzo diagnostico può trarre qualche volta in errore di fronte ad una retroflessione uterina, nel quale caso talora vi è la compressibilità uterina quasi

gravidica. Però ridotto l'utero, esso riacquista presto la sua vera consistenza non gravidica, scomparendo l'edema.

Questo nuovo segno può essere classificato nel senso antico tra quelli di certezza della gravidanza perchè dato dall'uovo direttamente; ha poi anche il vantaggio che poche sono le circostanze che lo possono simulare e trarci in errore.

CIOIA.

A. BOVERO. — **Persistenza della vescicola ombellicale e della circolazione onfalo-mesenterica nel feto a termine.** — Dall'*Internationalen Monatsch. f. Anat. und Phys.*, 1895, Bd. XII, H. 3 e 4, con una tavola e sei figure.

L'A. descrive con molta diligenza parecchie anomalie di prima formazione da lui rinvenute nel cordone ombellicale di un feto a termine, con placenta semimarginata. Il feto era completamente esente da ogni patologica alterazione, il che aumenta il valore delle attuali osservazioni. Risultano dimostrate la *persistenza della vescicola ombellicale* di volume veramente notevole (mm. 10 $\times$ 4,5) e senza deposito di carbonati nell'interno, come avviene nella maggior parte dei casi: *la persistenza del dotto vitellino* e quello della *circolazione onfalo-mesenterica* (arteria e vena) così regolare e completa come nelle prime fasi di sviluppo.

È degno di nota il fatto che la superstite arteria vitellina originava da una delle arterie ombellicali, facendo con essa un angolo molto acuto, mentre, viceversa, mancava ogni anastomosi fra le due arterie ombellicali medesime, anastomosi che, secondo Hyrtl, è costante nella loro porzione funicolare, mancando solo quattro volte sopra duecento, che può avvenire anche nel loro tratto endo-addominale, che si fa precisamente nel primo periodo del loro sviluppo. L'anormale anastomosi fra i due vasi di origine diversa, vicariante, per così dire, un'anastomosi normale, ha reso possibile col continuo afflusso sanguigno anche la persistenza della vescichetta con caratteri microscopici primordiali.

Esisteva una sola spira del funicolo sopra il suo asse, essa pure incompleta; ciò confermerebbe i dati di Pestalozza, secondo cui l'esistenza di un minor numero di spire sarebbe uno dei caratteri che distinguono i casi in cui persistono nella placenta a termine la circolazione onfalo-mesenterica e il dotto vitellino.

Da ultimo l'A. mette in rilievo le complicanze morbose che possono derivare dalla persistenza del dotto vitellino, sia dalla sua porzione endo-addominale (diverticoli di Meckel con tutte le loro conseguenze), sia della sua porzione extra-addominale (tumori dell'ombellico, adenomi, enteroteratomi, tumori cistici della cicatrice) non che dalla persistenza del dotto allantoideo e dei vasi vitellini: questi però avrebbero anche speciale importanza in quanto possono supplire la mancanza delle arterie ombellicali.

Dott. L. VILLA.

THEILHABER. — **Die Beziehungen des Morb. Basedowii zu den Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane** *(Rapporti fra la sindrome di Basedow e le malattie degli organi genitali femminili).* — *Münch. medic. Woch.*, 1895, N. 7, pag. 151.

Dall'accurata storia clinica di tre ammalate, l'A. deduce le seguenti conclusioni: 1.° il morbo di B. può insorgere durante la gravidanza, o, quando già esiste, essere peggiorato da questa; 2.° la gravidanza può però influire favorevolmente sopra il morbo di B.; 3.° questo può insorgere anche durante il puerperio e durante l'allattamento; 4.° viceversa anche il puerperio e l'allattamento possono migliorare un morbo di B. in corso; 5.° durante tale malattia gli organi genitali sono il più spesso atrofici; 6.° l'atrofia può essere parziale o estendersi a tutto il sistema genitale; 7.° l'atrofia dei genitali è conseguenza e non causa del morbo di B., come ammettono Freund, Förster e altri; 8.° essa è determinata da influenze di natura vaso-motrice, non dall'anemia e dalla cachessia; 9.° l'atrofia dei genitali può essere uno dei sintomi più precoci di un morbo di B.; 10.° l'atrofia dell'utero non indica una particolare gravità della malattia, potendosi osservare tanto nei casi leggeri che in quelli gravi; 11.° l'atrofia dell'utero complicante un morbo di B. può completamente guarire, dando luogo ad una vera *restitutio ad integrum;* 12.° non sempre l'atrofia dei genitali in donna che presenta la sindrome di Basedow impedisce il concepimento; 13.° le malattie dei genitali, all'infuori della gravidanza e del puerperio, costituiscono raramente un vero fattore eziologico del morbo di B. Ciò non toglie che esse determinino qualche volta, specialmente pei processi emorragici, degli stati anemici che predispongono ad esso; 14.° la cura ginecologica non ha indicazioni speciali: anche l'atrofia dell'utero scompare col migliorare del morbo di B. Dott. L. Villa.

2.° Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia

(Roma, 28-29-30-31 Ottobre 1895).

Apertosi il Congresso nel giorno 28 Ottobre 1895, nella prima seduta, dopo il discorso del Presidente della Commissione Permanente esecutiva prof. Pasquali, si procede per acclamazione alla nomina dell'ufficio di Presidenza del Congresso che resta così costituito: *Presidente* prof. Morisani — *Vice-presidenti* professori Acconci e Pestalozza — *Segretari* dottori Vicarelli e Miranda.

Seduta pomeridiana del 28.

Prof. E. Pestalozza. *Ematocele periuterino.* (Relazione). — L'O. definisce questo processo morboso « un versamento intraperitoneale di sangue limitato alle vicinanze dell'utero ed isolato dal resto della cavità addominale » con esso quindi

non vanno confuse le raccolte sanguigne libere nel peritoneo, nè i versamenti sanguigni sottoperitoneali ai quali meglio conviene il nome di ematomi. La causa dell'ematocele periuterino, che non può mai verificarsi per diapedesi è sempre la lacerazione di un vaso dell'ovaio o del padiglione della tuba o del peritoneo. Non crede che la rottura di un follicolo nella funzione mestruale possa dar luogo ad un ematocele; invece si hanno ematoceli per emorragie dell'ovaio, in alcune malattie infiammatorie di quest'organo, nei casi di papillomi ovarici e nelle forme di periovariti aderenti, per rottura delle aderenze da cause meccaniche, o per eccessiva congestione mestruale. L'ematosalpinge può dar luogo all'ematocele solo producendo una rottura della sierosa peritoneale, perchè l'orificio peritoneale della tuba, nelle affezioni tubarie di solito è chiuso. Ma il principale fattore dell'ematocele è la gravidanza extrauterina, e specialmente la tubarica con esito di aborto tubarico. L'O. non crede alla esistenza di una pachi-pelvi-peritonite emorragica che possa essere invocata come causa di ematocele, mentre ritiene non infrequente l'ematocele dovuto ai maneggi di riduzione di un utero retrodeviato, per lacerazione di aderenze molto vascolarizzate. Premessa così la eziologia, presenta la propria statistica di 30 casi, dei quali 20 sono probabilmente dovuti a gravidanza extrauterina, 1 a rottura spontanea di ematosalpinge, 3 a cause traumatiche, 1 a rottura di cisti ematica dell'ovaio, 1 a lacerazione di aderenze di un tumore pelvico, 1 a causa infettiva, 3 a causa ignota.

Il sangue si raccoglie più frequentemente nello spazio di Douglas, e ciò non perchè vi cada quando la tuba si rompe, trovandosi nella sua normale posizione, ma perchè la tuba gravida è portata dal proprio peso nel Douglas, e il primo sangue che si versa, coagulandosi, vi fissa il padiglione.

Il grumo sanguigno che forma l'ematocele può essere incapsulato da una membrana che l'O. ha fatto oggetto di ricerche istologiche, e che sarebbe costituita da uno strato esterno di elementi connettivali rotondeggianti, da uno medio a cellule fusate e da uno interno di cellule giganti, con una evidente attività fagocitaria, che pel loro aspetto hanno qualche rassomiglianza con le cellule deciduali.

La diagnosi dell'ematocele è facile. Riguardo alla terapia l'O. crede che si debba in generale preferire la cura aspettante, ma asserisce che vi sono circostanze speciali, più frequenti di quanto generalmente si pensa, le quali consigliano l'intervento operativo. Dovendo intervenire si sceglierà l'elitrotomia, per le sole raccolte suppurate, per le altre si farà sempre la laparotomia; solo in via eccezionale, per ematoceli piccolissimi, si potrà fare la celiotomia vaginale, ma non mai la isterectomia.

DISCUSSIONE.

Marocco ricorda un suo caso di ematocele che arrivava fino alla linea ombelicale trasversa, che guarì in seguito alla laparotomia senza l'esportazione del sacco, che non ritiene sempre necessaria.

La Torre crede che non si debba escludere la possibilità di un notevole versamento sanguigno endoperitoneale nella mestruazione, perchè ha visto parecchi casi indubbi di ematocele catameniale.

Giglio porta alla statistica il contributo della Clinica di Palermo.

Acconci deve ammettere come causa dell'ematocele anche la pachi-pelvi-peritonite, negata dal relatore, avendone osservato un caso tipico. Quanto alla terapia

crede che nei casi di ematocele dovuto non a gravidanza extrauterina, ma ad affezioni degli annessi, convenga praticare la isterectomia vaginale.

Pestalozza nel caso di Marocco, volendo semplicemente svuotare il sacco senza esportarlo, si sarebbe limitato alla elitrotomia. Non ha mai osservato casi certi di ematoceli catameniali, perciò ha espresso il dubbio che ve ne possano essere, ma non li ha negati. Al prof. Acconci risponde che anche nei casi di ematoceli non dipendenti da gravidanza extrauterina, ma da lesioni degli annessi e dell'utero, non è sempre detto che tali lesioni debbano indicare la isterectomia; in ogni modo preferirebbe la via addominale alla vaginale.

Morisani (presidente) riassumendo, si congratula col relatore per la felice definizione che distingue nettamente gli ematoceli dagli ematomi pelvici. Crede che alle varietà ammesse dal Pestalozza si debbano aggiungere l'ematocele catameniale e quello da pachi-pelvi-peritonite emorragica. La cura deve essere in generale aspettante, quando però si deve intervenire in modo chirurgico, la modalità dell'intervento può e deve variare a norma del caso e dell'operatore.

COMUNICAZIONI.

Giglio. *Alterazioni istologiche dell'utero dopo lo strappamento dei plessi ipogastrici.* — Ha esperimentato sulle cagne ed ha notato che il tessuto muscolare in seguito alla lacerazione dei plessi ipogastrici subiva un processo di atrofia e veniva sostituito da tessuto connettivo. Intende fare esperienze per stabilire quale sia la resistenza dei tessuti privati dell'influenza dei plessi ipogastrici all'azione dei bacteri.

Giglio. *Sui polipi placentari.* — Riferendo le storie cliniche di quattro ammalate che presentavano una grave sintomatologia per la presenza di resti abortivi nella cavità uterina, comunica le sue osservazioni istologiche, per le quali crede di potere emettere due ipotesi a spiegare la genesi dei polipi placentari; secondo la prima le alterazioni che sono causa del polipo placentare preesisterebbero all'aborto, anzi l'aborto sarebbe la loro prima conseguenza; stando invece alla seconda ipotesi il processo si inizierebbe solo in presenza dei residui placentari. I preparati microscopici dimostrano come l'elemento deciduale non accenni affatto ad alcuna trasformazione nel senso neoplastico o del così detto deciduoma maligno, ma sia piuttosto in istato di degenerazione.

Giglio. *Relazioni eziologiche tra mostruosità, polidramnios, sifilide e tubercolosi.* — L'O. afferma che le mostruosità, se non sempre, il più delle volte sono determinate da un agente infettivo, trasmissibile ereditariamente. A tale affermazione è indotto dallo studio dei casi clinici che riferisce, dei pezzi anatomici e dei preparati microscopici ricavati da organi e da annessi fetali ammalati. Quale agente è in prima linea la sifilide, ma come la sifilide possono agire la tubercolosi, l'alcoolismo e tutte le toxine fornite dai bacteri. Il polidramnios si accompagna quasi sempre alla mostruosità e deve ritenersi proveniente dalla alterazione vasale degli annessi fetali, cresciuti ammalati, come l'embrione, da un uovo fecondato da genitori ammalati. L'arresto di sviluppo di talune parti dell'embrione risale sempre ai primordi delle evoluzioni embrionali. Infine l'O. spiega le distocie prodotte dalla mostruosità e dal polidramnios colle modificazioni che subisce l'utero in gravidanza in quelle speciali condizioni.

Acconci. *Una serie di cento isterectomie vaginali con esito favorevole.* — L'isterectomia vaginale va acquistando sempre nuovo terreno perchè ne sono

aumentate per comune consenso le indicazioni, e perchè in casi speciali presenta assoluti vantaggi sulla isterectomia addominale. Infatti l'isterectomia vaginale è l'intervento d'elezione nelle forme neoplastiche maligne dell'utero, tanto più dacchè fu dimostrata la inoculabilità di tali neoplasmi per innesto diretto sulla superficie di sezione, e rappresenta il metodo ideale nei casi di fibromi che per il loro volume e per la loro sede siano asportabili dalla vagina. Al proposito l'O. ricorda i cilindri taglienti di Doyen che hanno reso molto più facile e spedito il morcellement: usando di questi strumenti, ed allargando il campo operativo con profonde incisioni vagino-perineali, egli ha potuto esportare degli uteri fibromiomatosi del peso di 1300 gr. Un'altra indicazione dell'isterectomia vaginale è rappresentata dal prolasso completo dell'utero. Ma il maggiore progresso di questa operazione sta nel fatto ch'essa è ora applicata come cura radicale nelle forme infiammatorie dell'utero e degli annessi. Schauta ha dimostrato, anche con dati statistici, che nelle forme gonorroiche degli annessi si deve esportare sempre, oltre agli annessi d'ambo i lati, anche l'utero. Laudau, seguendo tale precetto, preferì sempre la via vaginale e su 100 casi operati ebbe un solo esito letale, mentre lo stesso Schauta, operando per via laparotomica, ebbe due morte su 30 operate. L'isterectomia vaginale è discutibile nei casi di raccolte tubariche sierose o sanguigne e nelle ovariti non suppurate: in questi casi l'O. pratica l'isterectomia vaginale solo quando alla lesione degli annessi sono complicate alterazioni funzionali dell'utero e l'ammalata ha raggiunto la menopausa.

Le sue 100 isterectomie sono così distinte a norma dell'indicazione:

Tumori maligni dell'utero	23
Fibromiomi dell'utero	21
Prolasso completo dell'utero	6
Metrosalpingite con peritonite pelvica tubercolare	3
Parametrite atrofizzante	1
Ematocele capsulato con salpingo ovarite bilaterale	2
Affezioni infiammatorie degli annessi con suppurazione	20
Affezioni infiammatorie dell'utero con ematosalpinge bilaterale	7
Affezioni infiammatorie dell'utero con residui perimetritici; idrosalpingite bilaterale, tumori cistici di piccolo volume dell'ovaio	11
Metrite cronica in donne già operate di ooforo-salpingectomia uni o bilaterale, per via addominale	6

Darà conto degli esiti remoti di queste e di altre isterectomie vaginali, ed allora dirà anche del suo metodo operativo e degli accidenti operativi.

Rispondendo ad alcune domande degli oratori che presero parte alla discussione accenna a questi due particolari della tecnica operativa: preferisce le legature alla forcipressura, e, quando la cosa è possibile, usa suturare la parete vaginale posteriore colla pagina posteriore della plica di Douglas, e la parete vaginale anteriore colla pagina anteriore della piega peritoneale vescico-uterina, e unire poi la sutura anteriore colla posteriore, cosicchè restano chiusi perfettamente la cavità peritoneale e l'infundibulo vaginale.

(Continua). Dott. Amadei.

Congresso di Ostetricia e Ginecologia

DI BORDEAUX.

Il Congresso di medicina fu aperto addì 8 Agosto alle ore 9 del mattino. — Il presidente il prof. Bouchard, tenne il discorso inaugurale: dopo di lui il professor Tarnier dichiarò aperta la sessione di ostetricia e ginecologia.

Giorno 8 Agosto.

Solovieff (Mosca). *Della influenza del vestire delle donne sulla salute.* È una esposizione della storia del vestire femminile dai tempi più remoti fino ai nostri giorni. Passa in rivista la foglia di fico, il paludamento greco, le cinture, e via via fino ad arrivare al moderno busto, il quale è fatto oggetto dei più acerbi rimproveri pei danni che arreca. L'A. dichiara che per giungere a vedere dei tipi di donne veramente belle, è d'uopo cercarle fra le antiche statue greco-romane, e facendo un appello alla *fin-de-siècle française,* invoca un costume razionale colla abolizione del busto. La sua bandiera è: *Soutenir, mais ne pas serrer.*

Goullioud (Lione) presenta *una ectopia renale pelvica congenita,* la quale poteva essere confusa con una salpingite parenchimatosa. Nel corso di una laparotomia intrapresa a cagione di dolori pelvici persistenti, l'A. fu condotto ad incidere il peritoneo pelvico, e riconobbe in siffatta guisa il rene, che lasciò in *situ.* Furono esportati gli annessi di destra, il cui padiglione erasi otturato in causa di una pregressa flogosi. Rispettati, perchè sani, furono gli annessi di sinistra. L'A., ricordati i casi di O. Meyer e di Mundé, fa rilevare l'importanza di questa malformazione, non solo dal lato ginecologico, ma anche dal lato ostetrico.

Verchère (Parigi) insiste *sulla malizia delle donne in rapporto al sondaggio dell'utero,* dimostrando i danni che simile manovra può arrecare ad un eventuale embrione in via di sviluppo, ed anche, benchè d'altra indole, allo stesso medico.

Lannelongue e Faguet (Bordeaux) riportano *un caso di cisti dermoide ed endotelioma,* varietà di tumore rarissimo e descritto per la prima volta da Eckardt e Pomorski. L'evoluzione di questi neoplasmi è spesso maligna, e l'intervento deve essere il più possibilmente precoce.

Bazette (Caen) riferisce *sopra un caso di tumore dermoide del cul di sacco del Douglas,* osservato in una giovinetta di 16 anni, e mascherante un vero ematocele retrouterino. Essendosi poi presentati fenomeni infiammatori gravi, venne incisa una larga sacca nello sfondato posteriore della vagina, il tragitto rimase fistoloso. Un anno dopo ampliata la breccia furono estratti delle masse di capelli ed un frammento osseo incastrato in una sacca dermoide, la cui superfice interna mostrava l'impianto di numerosi peli.

Pénoyée (Parigi). *Di un nuovo forcipe per la presa antero-posteriore della testa fetale trattenuta allo stretto superiore stenotico.* Lo strumento è basato sulla asim-

metria delle due branche, allo scopo di adattarsi con maggiore facilità sul parietale posteriore.

Kufferath dopo aver passato in rassegna le diverse modalità per la provocazione del parto prematuro collo scollamento delle membrane, propone un nuovo mezzo: *l'irrigazione del segmento inferiore dell'utero previa fissazione del collo.* La cannula deve appoggiarsi quasi alle membrane, l'acqua distacca le medesime dall'utero, senza dolori e senza spostamenti fetali. La quantità iniettata è da 1 ad 8 litri. L'A. vanta dei casi di successo. — Prendono la parola Queirel e Tarnier.

Abelin riportando *un caso di tetano consecutivo a morsicature della lingua in eclampsica*, opina che il bacillo di Nicolaïer entri per la bocca: 1.° col latte onde la paziente è nutrita; 2.° col contatto della lingua colle mani, coi vetri ed anche forse colle pareti stesse della vettura, in cui la donna era stata portata all'ospedale, in piena crisi di eclampsia (?).

Audebert. *Sul raschiamento nei casi di vomiti incoercibili* dei primi mesi della gravidanza, che secondo l'A. è il mezzo di scelta là dove si mostrarono impotenti tutti gli altri mezzi suggeriti dall'arte.

La Torre (Roma). *Contributo alla eziologia ed al trattamento dei vomiti incoercibili della gravidanza.* Partendo dal concetto che i vomiti sono collegati a lesioni della cervice, caratterizzate da stato congestizio o stasi venosa, edemi e conseguente compressione dei nervi, che per via riflessa provocano la intolleranza gastrica, opina che il trattamento deve aver di mira il riposo assoluto dello stomaco, nutrendo le pregnanti per la via del retto. Nel medesimo tempo raccomanda il glicerolato di ittiolo per vagina. Il trattamento medico locale e generale deve venire in aiuto del trattamento uterino e non viceversa, come fu fatto fino ad oggi.

Giorno 9 Agosto (mattina).

Verchère. *Polipo ed inversione uterina totale.* Isterectomia vaginale. Espone un caso. L'A. è d'avviso che allorquando si tratti di una inversiono irreducibile, ad onta di tutti i mezzi tentati, invece di limitarsi ad una semplice amputazione o ad altre parziali operazioni sull'utero, ricorrere adirittura alla isterectomia vaginale totale.

Lannelouque et Faquet. *Isterectomia addominale sopravaginale per fibromiomi dell'utero; trattamento retro-peritoneale del peduncolo.* In 14 casi gli OO. hanno usato questo trattamento del peduncolo, ed hanno avuto 2 morti, le quali non possono essere riferite alla operazione. Essi ritengono che il processo sia da seguirsi anche nei casi di tumori fortemente impegnati nello scavo, e che raggiunga il doppio scopo di assicurare la completa emostasi e di ottenere l'isolamento assoluto del peduncolo dal sacco peritoneale.

Queirel porta *13 casi di sinfisiotomia* di cui 4 in bacini normali e 9 in bacini ristretti. Considera questa operazione benigna, facile e di semplicissimo strumentario. Talora ottenne una divaricazione dei pubi che arrivò fino a 6 cent. La ferita si rimarginò brevemente, ad onta che spesse volte ne abbia osservata la suppurazione. In quanto alle lesioni dell'uretra e della vescica che ebbe osservato, l'A. le pone a carico del forcipe che fu necessario applicare prima o dopo la sinfisiotomia. L'A. è così entusiasta di tale operazione, che dice di preferire assai vedere un medico condotto di campagna praticarla piuttosto che ricorrere ad una applicazione di forcipe allo stretto superiore (?!!!!).

Tarnier presenta un *apparecchio destinato a mantenere i pubi avvicinati dopo la sinfisiotomia.*

Lefour legge una nota *sulla sinfisiotomia ed il parto prematuro combinato,* portando tre osservazioni in due delle quali l'esito fu assai fortunato.

Audebert presenta un *bacino operato di sinfisiotomia* e ne legge l'osservazione relativa. La donna era morta per un processo di endocardite, il bacino è interessante per le sue deformità cui va unito un tumore osseo che aumentava considerevolmente il volume della branca destra del pube. Parla poscia delle mancate consolidazioni pubiche; prendono la parola sullo stesso argomento: La Torre, Pasquali, Budin, Grynfelt, Tarnier, il quale protesta contro la benignità dell'atto operativo, che a suo vedere presenta un procento di mortalità quasi uguale a quello della operazione cesarea.

Merz (Algeri) riporta *2 casi di taglio cesareo* in cui arrestò l'emorragia con iniezioni di acqua calda.

Eustache protesta *contro la pretesa infecondità muliebre* la quale dice essere in Francia ad arte ottenuta. Cita 2 casi di fecondità eccezionale. Nel 1.° l'uomo ebbe 82 figli da 2 donne, nel 2.°, in una famiglia fiamminga, un uomo ne avrebbe avuto 42 da 2 donne.

Doléris. *Delirio post-operatorio.* Crede che tali deliri conseguano per lo più ad operazioni praticate in soggetti i quali già presentano un terreno predisposto a poca resistenza sul sistema nervoso.

Foveau de Courmelles (Paris) parla delle *intensità elettriche* in ginecologia o dell'elettro-massaggio nelle deviazioni dell'utero.

Pestalozza (Firenze). *Le indicazioni della isterectomia totale addominale* (Vedi la parte *Rassegna,* pag. 76 di questo fascicolo).

Giorno 9 Agosto (sera).

Le deviazioni uterine.

Presidente di questa seduta plenaria fu Le Dentu (di Parigi).

Bouilly (di Parigi). *Sintomi e cura delle retrodeviazioni uterine mobili e riducibili.* L'A. premesso di parlare solamente delle retrodeviazioni riducibili, e che i casi di retrodeviazioni complicate a lesioni degli annessi devono essere curati separatamente, dice che è assai difficile riunire in un quadro i varii sintomi di esse, essendo questi dati da fatti essenzialmente mutabili, assai vaghi, e sopratutto variabili per frequenza e per intensità i fenomeni dolorosi. Circa la cura tutte le retrodeviazioni devono essere curate per evitare complicazioni più o meno gravi, e ciò è necessario nelle donne che si trovano ancora in piena attività genitale; in qualche caso si può arrivare coi pessarii ad ottenere buoni risultati.

Doléris accetta le idee di Bouilly, e crede debba usarsi il pessario quando sia ben tollerato.

Pichevin pensa che in molti casi il pessario, se usato per tempo, possa dare buoni risultati; però occorrerà spesso curare con i mezzi opportuni (amputazione del collo, operazione alla Mackenrodt, ecc.) i diversi disturbi dovuti alla retrodeviazione.

Doubourg opina che bisogna presto intervenire nei casi di deviazioni uterine,

giacchè esse possono dar luogo a fatti assai gravi, quali amenorrea, dismenorrea, atresia degli orifizii, sterilità, metrite ; e, nell' utero gravido, aborto, incarcerazione, ecc. Egli si preoccupa in primo luogo di rendere all'organo la sua permeabilità normale mediante una graduale dilatazione, anche per ottenere un ritorno alle condizioni normali di circolazione.

La dilatazione, seguita dal drenaggio uterino, per uno o due mesi, dà buoni servigi nei casi di antiflessioni e retroflessioni leggiere; se questi mezzi non raggiungono lo scopo, nelle retrodeviazioni, s'impone l'operazione di Alquié-Alexander.

Nelle retrodeviazioni assolutamente irriducibili preferisce l'elitrotomia posteriore, alla quale fa seguire l'operazione di Alexander. Nei casi infine complicati a lesioni degli annessi, la condotta varia a seconda del caso, dalla semplice dilatazione alla laparotomia od all' intervento per via vaginale, al quale, nei casi favorevoli, dà la preferenza. L' isteropessi addominale secondo l'O. deve essere usata nei casi in cui alla necessità della fissazione dell' utero si aggiungono altri fatti che per loro stessi avrebbero indicata la laparotomia.

Keiffer (Bruxelles). Crede non essere sempre necessario il traumatismo del parto per l'origine delle deviazioni uterine. L'anemia grave, il tifo, la gastro enterite, le cardiopatie, possono causare o predisporre od anche determinare gli spostamenti uterini per il rilasciamento dei ligamenti e per il fatto della pressione endoaddominale aumentata; e l'azione di questa causa è per l'O. evidente, quando si rifletta che l'utero mantiene la sua posizione normale, malgrado lacerazioni più o meno profonde del perineo, in donne che non furono mai soggette alle cause perturbatrici indicate, e d'altra parte, che, persistendo la loro azione sono pressochè inefficaci i risultati delle diverse operazioni dirette a riportare l'utero nei rapporti normali.

Perciò, ritenendo che ogni processo debba essere adattato alle particolarità dei casi, sostiene che si debba innanzi tutto migliorare le condizioni mediante il massaggio, l'elettricità, l' idroterapia e la terapia generale, e poi ricorrere a quel processo che meglio risponde al caso, e sopratutto a quelli che si propongono di fissare l'utero alle parti molli, come l' isteropexi vaginale. In via eccezionale l' unica risorsa può aversi nella isterectomia.

Régnier servendosi delle osservazioni fatte su 50 donne, crede che le correnti indotte e le correnti alternate diano nelle deviazioni uterine risultati migliori dei trattamenti terapeutici e dei pessarii.

Duret (Lilla). Descrive una modificazione da lui introdotta nella operazione di Alexander, già applicata in due casi di retroversione ed in due di prolasso dell' utero.

Con un taglio curvilineo a concavità superiore in corrispondenza della sinfisi pubica, forma un largo lembo sulla superficie anteriore del ventre, indi, incidendo i due canali inguinali per una lunghezza di 5 a 6 cent., disseca completamente i due ligamenti rotondi, che tira fuori fino a che il dito introdotto nel canale inguinale non giunga a livello dell'orificio interno l'angolo uterino corrispondente; poscia annoda a doppia ansa i due ligamenti e fissa il nodo dei ligamenti con punti di sutura al periostio prepubico; mediante punti, fissa infine i ligamenti per tutto il loro tragitto del canale inguinale.

Doléris, dimostrò che l'operazione di Alexander, specialmente se associata ad altre operazioni di sostegno, è bene indicata e che la gravidanza è possibile dopo tale intervento.

Da ultimo Laroyenne comunica le guarigioni ottenute nelle antiflessioni e nelle antiversioni colla isteropexi addominale anteriore, 2 delle sue operate rimasero poscia gravide e partorirono senza alcun accidente degno di peculiare menzione.

Giorno 10 Agosto (mattina).

Lannelougue et Faguet (Bordeaux). Descrivono il processo operatorio seguito in *tre casi di fistole vescico-utero-vaginali* e poscia intrattengono l'uditorio sul drenaggio dell'utero. La loro statistica si basa sopra 41 casi, nei quali l'esito fu assai incoraggiante, ad onta che in alcuni di essi siansi manifestati degli accidenti infiammatori secondari di perimetro-salpingovarite.

Reverdin espone il processo di *isterectomia totale addominale* impiegato da parecchi anni.

Stapfer. *Il massaggio nelle retrodeviazioni dell'utero.*

Candela, Trachelon, Haptêre. *Nuovo processo di resezione uterina.* Dopo l'emostasi tre o quattro punti di sutura.

Vulliet di Ginevra fa una comunicazione *sul trattamento conservatore nelle collezioni tubariche* basato specialmente sulle cure solventi, sul massaggio eseguito nella narcosi cloroformica, ove il bisogno lo richiegga. Le collezioni tubariche sono talora dall'O. punte od evacuate, drenate colla garza jodoformica. Dice di aver visto donne curate in tal guisa rimanere successivamente gravide. La ablazione degli annessi vorrebbe riservata in casi eccezionali.

Regnier. *Trattamento delle deviazioni uterine.* Parla in favore della elettricità e del massaggio.

Bauet de Nazaris (Agen). *Ernia inguinale dell'ovaio destro,* castrazione, guarigione.

Charbonnier (di Limoges) in una comunicazione: *Per servire allo studio della circolazione fetale e della ascoltazione in ostetricia,* dimostra come in Francia fino dalla prima metà del XVII secolo già si conoscerebbero i moti cardiaci fetali.

M. Chambrelent, riferisce di un *caso di tumore osseo del bacino* il quale rese di necessità la basiotrissia. Il tumore era situato a livello della articolazione sacro-iliaca sinistra.

Pasquali ricorda un caso analogo. Budin pure ricorda qualche cosa di simile.

M. Masse ha una osservazione *di ernia perineale e di lipoma pre-erniario* il quale non aveva mai ostacolato nè le gestazioni nè i parti della paziente, l'O. crede che nella donna doveva esistere primitivamente una ernia del piccolo lipoma sottosieroso nel cul di sacco di Douglas. Il peritoneo sarebbe stato in seguito trascinato da questo tumore dando luogo all'ernia intestinale, consecutiva alla lipomatosa.

Budin. *Segatura del tralcio ombilicale.* Propone un nuovo metodo di legatura nei casi in cui il cordone è assai grosso per abbondanza della gelatina di Warton. Dopo aver fatto una legatura circolare ben stretta, cogli stessi capi del filo pratica un altro nodo perpendicolare al 1.° in modo da dividere in 2 parti il pezzo di cordone esterno alla primitiva legatura. I vasi del funicolo sono in tal guisa separati; 2 da una parte ed uno dall'altra. Indi sempre cogli stessi capi del filo si praticano altre 2 legature dalle 2 parti del cordone. Con ciò è impossibile ogni emorragia secondaria.

Budin. *A proposito di un bacino ileo-femorale. Diagnostico di lussazione del.*

l'anca. Mostra alcune regole e norme da seguire, mercè le quali è possibile di istituire facilmente la diagnosi di lussazione semplice o doppia, di grandissimo interesse per l'ostetrico.

Chaleix e Fieux (Bordeaux). *Tre casi di morte e di ritenzioni fetali in uteri primitivamente retroflessi.* Sono tre osservazioni in cui il feto morì all'età di un mese, due mesi e mezzo ed 8 mesi. Gli autori credono che la causa della morte possa essere collegata con disturbi di circolazione uterina appunto cagionato dalla viziata giacitura del viscere.

M. Grynfelt parla *della mollezza del cranio per difetto di ossificazione o per rammollimento.* Nei casi dell'O. le orine dei feti e quelli della madre erano normali, e notò l'assenza di sifilide, di rachitismo e di osteomalacia. Parla altresì delle modalità del parto in simili casi in cui la testa non può permettere una grande dilatazione perineale.

Giorno 12 Agosto (mattina).

Verchère, parla *sulla cura della setticemia puerperale.*

Robert (Pau) riferisce di *un caso di eclampsia* curata col parto forzato per il quale fu necessaria l'incisione del collo e la rapida dilatazione dell'utero.

Hirigoyen. *Cura della placenta previa col tamponamento vaginale antisettico* al primo apparire degli accidenti emorragici, 10 casi, 10 guarigioni.

Audebert presenta un *apparecchio per fare le iniezioni di siero artificiale* in ostetricia.

Kehrer (Heidelberg). *Due casi di presentazione di spalla trascurati,* in uno di essi si verificò la morte poche ore dopo il parto spontaneo; nell'altro dovettesi procedere all'evisceramento fetale.

Tarnier. *Soggiorno prolungato di un feto fra le membrane ovulari, rotte per trauma e la parete uterina.* Ad una donna al 5.° mese di gravidanza penetrò uno spillo nell'addome, rimosso il quale, si ebbe, poco dopo, perdita di liquido amniotico dalle vie genitali, cui si aggiunse piccola quantità di sangue. Ciò non pertanto la gravidanza giunse a termine, e si ebbe un feto vivo e sano. Nel praticare il secondamento artificiale, si potè notare che una parte dell'utero era assai assottigliata, e sulle membrane estratte si notò un foro assai piccolo. Mentre la capacità del sacco delle membrane era di 218 c. c., il feto spostava 900 c. c., onde l'O. conchiude che il feto, uscito dai suoi involucri, abbia continuato il suo sviluppo fuori di essi; il che verrebbe anche confermato dalle dimensioni del foro rinvenuto sulle membrane, il cui diametro starebbe in accordo con i diametri maggiori del feto al 5.° mese.

Giorno 14 Agosto (mattina).

Mauclaire espone delle *considerazioni sopra gli stampi di 45 cavità uterine normali e patologiche.* È una interessante comunicazione specialmente per le variazioni delle cavità osservate dal lato anatomico e dall'anatomo-patologico, le quali forniscono preziose norme al clinico negli interventi cavitari.

Lefour fa una comunicazione sulla *rotazione interna della testa e sui giri del cordone attorno al corpo fetale.* Nei casi in cui è necessaria la rotazione artificiale della testa, ed esistono giri di cordone attorno al collo, è necessario conoscere il

senso col quale il cordone ha circondato il collo, per non correre il rischio, con una manovra mal diretta, di stringere ancora di più il cordone medesimo.

Demelin (Parigi), riferisce su *tre casi di itterizia grave in gravidanza,* due dei quali seguiti da morte. È notevole come, nei due casi seguiti da morte, le urine conservavano quasi il loro tipo normale, mentre nel terzo erano modificate nella quantità. Come mezzi terapeutici raccomanda i ricostituenti, gli antisettici, il salasso e la provocazione del parto, prima che incomincino i fenomeni nervosi gravi.

Calderini (assente) comunica per mezzo di La Torre tre tavole colorate, rappresentanti in grandezza naturale delle *sezioni fatte sopra un cadavere congelato di donna morta nel corso di una gravidanza al sesto mese.*

Crouzat fa una comunicazione *sulla misurazione della pelvi a proposito della sinfisiotomia,* tendente a dimostrare la necessità di un minuto e serio esame della pelvi prima di praticare l'operazione che dà ancora l'11 0[0 di mortalità.

Eustache. *Amputazioni congenite per briglie amniotiche.*

Oui, riferisce su *un caso di flemmone del legamento largo,* che fu operato dalla via addominale durante la gravidanza, senza pregiudizio immediato del feto. Ritirato il drenaggio al 9.° giorno, al 12.° subentrò un violento attacco febbrile, al quale seguì l'aborto.

Cordes mostra alcuni *istrumenti di facile disinfezione,* quali una sonda vescicale ed una sonda uterina divise in due parti ciascuna.

Baury (Tolosa). *Considerazioni anatomiche e cliniche sui risultati ottenuti coi caustici nella cura delle endometriti.* Parla dei dolori nelle stenosi ed atresie uterine consecutive a simile trattamento, i quali talora possono ingenerare così gravi fenomeni da richiedere la isterectomia vaginale.

Dubourg (Bordeaux). *Cura delle deviazioni uterine dolorose.* Insiste sulla necessità di istituire precocemente una cura pelle successioni morbose se la malattia è lasciata a sè, e perciò rendere al più presto la permeabilità al viscere, drenarlo ove il caso lo richiegga. Raccomanda l'operazione di Alexander nelle retrodeviazioni semplici; nelle adeniti il raccorciamento dei legamenti rotondi previa elitrotomia posteriore. In ogni modo la cura dovrà ancora variare e se lo spostamento uterino sarà compagno a lesioni degli annessi tali da richiedere la laparotomia, in tali casi usa l'isteropexi.

Berlin (Nizza). *Riflessioni cliniche sulla cura delle retrodeviazioni uterine.* Secondo l'A. nella massima parte dei casi l'operazione di Alexander deve essere rifiutata, come quella che si mostra per sè sola insufficiente o superflua.

Seduta plenaria del Congresso (14 Agosto).

Tarnier presidente, alla sua destra siede Le Dentu.

Tarnier ringrazia i congressisti congratulandosi del completo successo delle riunioni, ed i ringraziamenti sono specialmente rivolti ai rappresentanti delle nazioni estere ed in modo particolare a Candela y Pla di Valenza (Spagna).

La Torre (Roma) ringrazia la Francia, Bordeaux e i Presidenti del Congresso per la loro efficace cooperazione nella direzione delle discussioni.

Tarnier infine proclama la chiusura del Congresso e salutando gli intervenuti sceglie Marsiglia quale sede del prossimo Congresso che avrà luogo nel 1898.

Decio.

A PROPOSITO DELLE RETTIFICHE

DEI PROF. PESTALOZZA E ACCONCI

Egregio Signor Direttore,

Le rettifiche apparse nel N. 11 degli *Annali* rendono dal canto mio doverose alcune spiegazioni e dichiarazioni, a cui La prego voler dare ospitalità possibilmente nel prossimo numero.

Lo scopo che mi suggerì la memoria in questo stesso periodico stampata: *Ancora sulla dilatazione meccanica del collo dell'utero in ostetricia,* e che provocò le dette rettifiche, era quello di mantenere viva la questione sul principio della utilità della dilatazione meccanica del collo dell'utero in ostetricia, e di riassumere l'esperienza clinica di cinque anni fatta da me, dai miei assistenti e da numerosi altri sanitari intorno al mio metodo di parto forzato e di provocazione artificiale del parto, esperienza, che fortunatamente avendo dato esiti felici con 110 interventi, nessuna madre perduta e 6 soli feti morti, mi incitava a precisare, senza certo volerne esagerare l'entità, le previsioni di cinque anni or sono, previsioni che *allora* potevano giustamente sembrare *troppo paterne.*

Tale scopo veniva d'altronde chiaramente spiegato dalla prima delle conclusioni a cui giungevo e così espressa:

« Avanti il 1890 in cui comunicai il mio metodo al Congresso Internazionale » di Berlino, la dilatazione meccanica del collo, se poteva essere ampiamente e » variamente discussa, non poteva efficacemente essere sperimentata nel campo » clinico, *mancando* (come dimostrammo) *un mezzo* che contemporaneamente e con » sicurezza soddisfacesse a *tutte quattro* le sopradette condizioni, e cioè:

» 1.° di potersi applicare con certezza di riuscita anche a collo non ancora » accorciato, e tutt'ora chiuso come può aversi in una primipara;

» 2.° di dare sicurezza all'ostetrico di ottenere una sufficiente dilatazione » per praticare l'estrazione di feto anche a termine e ben sviluppato;

» 3.° di dare pure sicurezza all'operatore di ottenere tale dilatazione a vo- » lontà, a seconda quindi delle indicazioni di maggiore o minore urgenza, in un » lasso di tempo più o meno lungo, giungendovi, in casi gravissimi, anche in 15-20 » minuti primi;

» 4.° di provocare contrazioni anche in utero affatto inerte. »

Al mio metodo della dilatazione meccanica del collo vidi poi opposte le incisioni, che, a guisa di metodo nuovo, si dissero alla Dührssen (tanto più alla Dührssen quanto più profonde e per necessità magari soventi seguite da tamponamento, antico anch'esso quanto l'ostetricia operatoria, pure alla Dührssen), per quanto tali incisioni, con maggiore o minore estensione, abbiano visto nascere non pochi avi e bisavi del Dührssen. *Nel contempo,* senza prove e senza sufficienti di-

scussioni, vidi mossa come *principale obbiezione* al mio metodo, quella di *lacerazioni* del collo *possibili a farsi* colle branche del dilatatore meccanico.

Era dunque opportuno che con *dati clinici alla mano* io cercassi di combattere questa obbiezione, e siccome io non posseggo personalmente dati relativi a tale intervento, facessi tesoro di quelli fornitimi da colleghi, indiscutibilmente noti non solo ma maestri nel ramo ostetrico, e tanto più da colleghi *funzionanti in quello stesso campo, in quella stessa clinica in cui ebbi l'onore di fare le prime esperienze col dilatatore, e che possiede il primo modello eseguitosi di tale istrumento.*

Ora, premesso:

1.° Che intento precipuo della mia pubblicazione era quello di stabilire un raffronto fra gli esiti della dilatazione meccanica e gli esiti che si vanno ottenendo cogli altri mezzi, in particolar modo colle incisioni del collo (modernamente alla Dührssen) ritenute da altri preferibili al mio metodo.

2.° Che a tale riguardo non esitavo di esporre 4 casi occorsi a me stesso ed ai miei assistenti, da cui rilevavasi (pag. 678) che i cateteri (metodo del Krause), *ripetutamente* introdotti rimasero complessivamente in posto *senza il desiderato effetto:*

in una paziente 6 giorni
» » » 10 »
» » » 9 »
» » » 3 » (gravidanza a 5 mesi e feto morto);

tutte salvate poi col dilatatore meccanico.

3.° Che non ebbi punto ad occuparmi in tale mio scritto delle indicazioni, tantochè a pag. 671 soggiungevo: « mi basterebbe solo constatare che i più incre-
» duli giungessero alla conclusione che, ove gli altri mezzi non ottengono il de-
» siderato scopo, si ricorra a questo della dilatazione meccanica. »

Ciò premesso, a scanso d'ogni equivoco ed a evitare qualsiasi meno che equa interpretazione del mio operato — mi è *doveroso* rispondere:

Al prof. Pestalozza:

Di lui esponevo due casi (occorsigli nella Clinica di Genova) di provocazione di parto prematuro colla morte consecutiva di entrambe le madri per *emorragia da lacerazione del collo dopo le incisioni* e perdita di entrambi i feti.

Il caso incriminato colla rettifica succitata, era così esposto:

« Donna rachitica, pluripara, che ebbe (nulla osta nè importa sottintendere,
» oltre ad altre) 5 gravidanze a termine con parto spontaneo; entra nella Clinica
» di Genova ai primi di Novembre 1894 ed il prof. Pestalozza decide di provocare
» il parto prematuro colle modalità e cogli esiti seguenti:

» 1.° Doccie vaginali per alcuni giorni.

» 2.° Introduzione nel collo il 13 Novembre (1894) di cilindro di laminaria.

» 3.° Introduzione di altri due cilindri di laminaria alla sera del 13 dopo
» levato il primo.

» 4.° Il 14 introduzione di candeletta elastica N. 17.

» 5.° Il 15 introduzione di altre due candelette elastiche N. 15.

» 6.° Il 16 sortono dette candelette e si rimettono in posto.

» 7.° Il 17 introduzione di 10 cmc. di glicerina.

» 8.° Il 18 introduzione di un colpeurynter.

» 9.° Il 19 introduzione di un colpeurynter più voluminoso.

» 10.° Il 19 a sera, alle ore 16, *incisioni sul collo.*

» Il 19 a sera, *dopo le incisioni,* craniotomia, estrazione del feto col cranio-
» clasta, profonda lacerazione del collo a destra e fuoruscita di sangue a fiotti;
» sutura, zaffamento e morte dell'ammalata alle ore 18 (due ore dopo). All'autopsia
» si nota raccolta di sangue sottoperitoneale comunicante colla lacerazione del collo
» a destra. » (Dal giornale *Lo Sperimentale*).

Al quale riassunto di storia clinica il prof. Pestalozza, senza trovare alcunchè a rettificare per rapporto ai descritti interventi (che d'altronde sono tali e quali vennero pubblicati nello *Sperimentale*), rettifica ciò che riguarda l'indicazione, soggiungendo che oltre alle 5 gravidanze a termine raccontate dalla defunta, ve ne furono altre cinque terminate con aborto e parto prematuro, che tutti i bambini non sopravissero che qualche giorno, che eravi stenosi cicatriziale del collo, ecc. tutto quanto insomma può spiegare il perchè dell'intervento, aggiungendo che le *circostanze,* per rapporto alla indicazione, non potevano essere *da me più stranamente alterate!*

Ma, mi permetto chiedere, quando mai io misi in dubbio che vi fosse indicazione a provocare il parto prematuro? — e che interessava per la mia tesi nel caso in discorso l'indicazione? Dica pure il prof. Pestalozza che non mi occupai di riportare intera la storia — e ciò non era nè è punto necessario — ma non esprima l'idea anco più lontana di *alterazione* di dati clinici!

Sta o non sta il fatto che quella donna partorì dei feti vivi e a termine?

Sta o non sta il fatto che, decisa la provocazione artificiale del parto (e che vi fosse la indicazione era naturalissimo io non ne dubitassi, oltrechè per la stima dovuta ad un collega, anco pel fatto per sè stesso che tale caso servivami come termine di confronto), si passò man mano dalle doccie vaginali, alla introduzione di un cilindro di laminaria, poi di due, poi di un catetere N. 17, poi di due cateteri N. 15, poi, sortiti questi, alla riposizione dei medesimi, alla iniezione di 10 cc. di glicerina, poi all'introduzione d'un colpeurynter, poi d'un secondo più voluminoso, e tutto ciò riuscendo vano, giunse alle *incisioni* del collo e alla craniotomia e due ore dopo la paziente moriva d'emorragia per lacerazione profonda del collo stesso, avvenuta durante l'estrazione del feto sebbene craniotomizzato?

E tutto ciò essendo *realtà,* come mi si può impedire di pensare che, *se le condizioni del collo permettevano di sperare* nell'esito di *tutti tali mezzi dirò di dilatazione indiretta,* nulla doveva ostare a sperare anche nell'esito col dilatatore meccanico? e che ciò sperando e che essendosi invece all'ultimo ricorso alle incisioni colla morte della paziente dietro emorragia pel prolungarsi di tali incisioni, venivasi a fornire dalla stessa clinica e dallo stesso autore un secondo caso dirò *caratteristico, clinicamente assai istruttivo* per rapporto alle modalità d'intervento nella provocazione del parto prematuro e nel parto forzato (giacchè quivi si ebbe l'una e l'altro)? Dove mai trova il prof. Pestalozza svisati o malsicuri i termini? malsicura dovrei ritenere piuttosto la interpretazione delle espressioni che, per franca e leale cortesia verso colleghi (della cui opera clinica, stampata e pubblicata, traevo profitto per una questione affatto impersonale) scrivevo, quando di tali espressioni si riporta una sola proposizione, come fa il prof. Pestalozza, quando ripete la mia frase: « i confronti sono sempre odiosi » e dimentica nella penna ciò che ad essa segue e cioè: « ma solo a base di essi, solo coll'esame dei fatti clinici svariati » nel decorso e negli esiti è possibile il fornire criterii clinici serii, coscienziosi,

» utili all'esperienza del clinico, » con cui chiaramente e serenamente spiegavo la ragione di tali confronti sempre utili, ripeto, e necessarii in scienza.

Ed al prof. Acconci:

Accennando all'obbiezione fatta al mio metodo di lacerare il collo, soggiungevo: « si teme il dilatatore meccanico perchè può lacerare le pareti del collo e non si » temono le profonde incisioni, che al fuoruscire delle parti fetali non si può pre- » vedere fin dove possono estendersi; » e aggiungendo che « nei nostri 110 casi » mai ebbi indicazione a praticare sutura del collo per lacerazione consecutiva alla » estrazione del feto » corroboravo la sopradetta proposizione, oltrecchè cogli esposti casi del prof. Pestalozza, clinicamente assai interessanti, con un altro caso del professor Acconci, usando le seguenti parole: « dovendo provvedere alla provocazione » del parto ed alla dilatazione del collo il prof. Acconci praticò le incisioni così » dette alla Dührssen, e nell'estrazione poi del feto una delle incisioni si prolungò » di tanto in alto, che per poco non perdè la paziente. Si dovette portare l'utero » all'esterno e suturarlo profondamente. »

Ora il prof. Acconci fa la seguente altra rettifica: « Cardiopatia organica. In- » troduzione di una sonda nell'utero, indi di un sacchetto del Barnes, irrigazioni » vaginali calde, rottura artificiale delle membrane. Siccome le condizioni generali » della partoriente vanno sempre più aggravandosi, ecc., ecc. si decide la libera- » zione artificiale; *perciò si pratica la isterostomatomia,* quindi il rivolgimento » seguito dall'estrazione manuale del feto. *Nel mentre l' operatore procede al di- » simpegno* del braccio posteriore, la donna d'un tratto spinge potentemente; *in » quel mentre il gomito* anteriore si incappuccia *nel labbro anteriore dell'utero e » produce una lacerazione, che dalla cervice si dirige in alto sulla linea mediana » per tutta l'estensione del segmento inferiore. L'emorragia che ne consegue è im- » ponente,* non tanto per causa della estesa lacerazione, quanto per la inerzia in » cui è caduto l'utero dopo il secondamento. Tamponamento alla Dührssen e su- » tura cervico-uterina. Puerperio normale. »

Il lettore si sarà già domandato: ma dove sta il *perno* di questa benedetta rettifica?

Sta o non sta il fatto che si praticarono incisioni sul collo per ottenere sufficiente dilatazione?

E sta o non sta il fatto che nella estrazione del feto si ebbe profonda lacerazione tale che — vi si aggiunga pure l' inerzia — diede luogo a *imponente emorragia,* che obbligò alla rapida sutura non solo del collo ma anche di porzione di parete del corpo dell'utero, come egli asserisce colla parola *sutura cervico-uterina* ch' io trascurai di rilevare?

E dove dunque il prof. Acconci trova che il caso è riportato in modo non conforme al vero, quando io non rilevai neppure tutta la gravità del caso per rapporto appunto alla notevole estensione della lacerazione, che come egli rettificando scrive, dalla cervice, incisa, si dirigeva in alto sulla linea mediana per *tutta l'estensione del segmento inferiore?*

Il prof. Acconci anzi mi fornisce particolari ancor più interessanti a sostegno della mia tesi, quali gli interventi o tentativi infruttuosamente fatti per provocare quel tale parto (che divenne *poi forzato*), in discussione e cioè:

1.° Sonda nell'utero.

2.° Sacchetto del Barnes.

3.° Irrigazioni vaginali calde.

4.° *Rottura artificiale delle membrane* (ed io che tanto insistetti descrivendo la tecnica dell'uso del mio dilatatore per dimostrare infondata l'obbiezione, che con esso si rompono le membrane!) — per poi giungere alle *incisioni* (quelle alla Dührssen) seguite da lacerazione profonda del collo nell'estrazione del feto con imponente emorragia.

Ciò rispondo partitamente.

Cumulativamente poi mi confesso *reo* per un dato, un dato di data (mi si perdoni la cacofonia) e di luogo; posi cioè uno dei casi come avvenuto a Firenze nel 1894 ed invece avvenne nel 1893 nella Clinica di Genova e l'altro nel 1895 essendo avvenuto nel 1894; la colpa invero è in parte del proto, ma, *unicuique suum*, la responsabilità verso i terzi delle pubblicazioni è di chi ha scritto, ed in questo caso sarebbe mia e ne faccio quindi sincera ed onorevole ammenda, ben lieto di chiudere, con un *confiteor*, questa polemica, ritenendo però di aver ancor una volta di più ed anche con maggior efficacia dimostrato:

1.° Oltrechè l'assoluta utilità della dilatazione meccanica, che adempie alle quattro condizioni che sopra esposi, anche, per taluni casi specialmente dell'esercizio a domicilio, la necessità dell'introduzione di essa nella pratica, riempiendo *una lacuna* che nell'ostetricia operativa *sotto tali rapporti* esisteva;

2.° La verità e la opportunità della conclusione ultima della mia memoria così espressa: « I varii metodi per provocare il parto prematuro finora escogitati, » pur meritando in tesi generale la preferenza perchè, almeno alcuni, meno vio- » lenti, ponno però talora (come si vide nei casi esposti, ed interessantissimi), » essere utilmente ed anche necessariamente sostituiti dalla proposta dilatazione » meccanica, quando ci troviamo dinanzi a casi in cui l'utero offre una speciale » resistenza a tali mezzi, non lasciandosi vincere dall'azione di essi replicatamente » e per parecchi giorni impiegata. » (1).

Con anticipati ringraziamenti e distinti ossequii

Novara, 21 Dicembre 1895.

Devot.°
L. M. Bossi.

---

(1) Poichè mi si presenta l'occasione, mi permetto approfittarne per rendere noto a chi si interessa dell'argomento, che con aggiunta ultima (ritengo) ho apportato ora all'istromento (fabbricante Marelli, incaricato), quella cioè di tre piastrine curve a guisa di un terzo di cilindro ciascuna da inserirsi, *quando l'operatore lo ritenga opportuno* su ciascuna delle asticelle terminali per modo che, giunta la dilatazione a 3 cent., *volendolo*, si possa poi abbracciare con essa una superficie di tessuti più ampia assai a rendere così ancor meno facile sia lo sfuggire delle branche dilatatrici, sia le lacerazioni.

Bossi.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XVIII. Febbraio 1896. Num. 2.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
-9 MAR 96
LIBRARY

Resoconto di laparotomie e di operazioni ginecologiche

DEL

Dott. RAFFAELE BASTIANELLI

già Chirurgo sostituto negli Ospedali di Roma.

Questo resoconto appare in un momento in cui la letteratura chirurgica non scarseggia di simili scritti, e in cui il numero delle laparotomie per ogni operatore si comincia a calcolare non più a centinaia ma a migliaia.

Nondimeno lo pubblico accompagnandolo con brevi osservazioni, perchè fino ad oggi dagli ospedali di Roma non è uscito un resoconto di simil genere e perchè comprende solo operazioni eseguite da tempo, che varia da 3 a 6 anni, e quindi adatte a dare una qualche conclusione personale e basata su fatti lungamente osservati.

Il resoconto (1) comprende le operazioni addominali e altre operazioni ginecologiche che ho eseguito durante il mio servizio di chirurgo sostituto negli ospedali di Roma, e cioè dall'Aprile 1889 al Gennaio 1890 nell'Ospedale di S. Giovanni, dal Luglio 1890 al Marzo 1891 nello stesso Ospedale, e dall'Aprile 1891 a tutto Marzo 1892 nell'Ospedale di S. Giacomo, in tutto dunque in 2 anni e 6 mesi di esercizio. Fanno eccezione due laparotomie eseguite nell'Ospedale della Consolazione durante un breve periodo del 1890 in cui fui destinato in quell'Ospedale, e 4 operazioni eseguite fuori degli ospedali, e che ho qui comprese perchè cadendo nello stesso periodo e quindi essendo state praticate con eguale tecnica e con eguali conoscenze chirurgiche, non era giusto che fossero sottratte dalla statistica, tanto più che tra esse è un caso seguito da morte.

(1) Mi perdoni il lettore se ho evitato accuratamente qualsiasi citazione letteraria.

Nel primo periodo del mio esercizio (1.° Aprile 1889-15 Gennaio 1890) nell' Ospedale di S. Giovanni la tecnica usata si basò principalmente sul *metodo antisettico*. Erano le condizioni dell'Ospedale che lo imponevano e credo che difficilmente avrei potuto raggiungere un'asepsi completa coi mezzi di cui disponevo e coll'ambiente in cui lavoravo.

In quel tempo il servizio di chirurgia generale dell' Ospedale di S. Giovanni era affidato ad un chirurgo primario e ad un chirurgo sostituto.

L'Ospedale di S. Giovanni riceveva allora in media 350 donne affette da malattie mediche, tra le quali, come è facile pensare, un gran numero sofferenti di lesioni degli organi genitali. Ma per le condizioni speciali del servizio sanitario, la chirurgia non aveva ancora portato il beneficio delle scoperte e delle ricerche che già s'erano imposte in tutto il mondo. I tentativi fatti da colleghi che mi precederono rimasero isolati, e cosa dolorosa, fino all'Aprile 1889 un Ospedale così importante non aveva una camera dove fossero riunite le donne affette da malattie chirurgiche, nè un locale qualunque dove potessero essere operate.

Potei ottenere che almeno a questi due grandi inconvenienti fosse posto riparo, e fu destinata al servizio chirurgico una saletta con 8 letti, ed una piccola camera adattata per le operazioni.

In un Ospedale esclusivamente destinato alle donne non mancava materiale di studio. Ma da una parte la riluttanza dei medici cui spettava richiedere l' intervento chirurgico, dall' altra parte le condizioni di salute del mio primario e la sua età, che gl'impedivano di prender qualsiasi parte attiva al lavoro e il trovarmi solo, senza aiuto di sorta, a disimpegnare il servizio chirurgico generale dell'Ospedale, i turni di guardia, e il servizio del dispensario celtico governativo, non permisero che la parte ginecologica di questo materiale potesse essere usufruita come doveva e come lo è oggi dal prof. G. Mazzoni, che entrato nell'Ospedale come chirurgo primario, dopo la morte del dott. Baldassari, ha potuto elevare il servizio chirurgico a tale altezza da poter competere per risultati con qualsiasi altro.

La scarsezza dei mezzi e la mancanza di aiuti m'imposero un grave lavoro: la disinfezione degli strumenti e degli oggetti di medicatura, la pulizia del locale operatorio, la disinfezione dei malati, le medica-

ture furono tutte da me fatte coll'aiuto di una sola infermiera non avvezza ai metodi moderni.

Le operazioni furono quindi eseguite sempre con un solo aiuto, e devo molto ringraziare i dottori Rocchi, De Rossi, Ronchini, che volta a volta mi prestarono la loro opera sia nell' eseguire l' anestesia, sia nell' assistermi direttamente.

Per poter lavorare senza aiuto fu necessario disporre le cose in modo che l'operatore avesse ogni oggetto a portata di mano, e per le condizioni economiche ciò fu dovuto raggiungere nel modo più semplice: due tavolini stretti, uno corto e uno lungo erano disposti così: $\frac{1}{d}\Big|_{c}^{2}$ sul tavolino 1 era l' inferma collocata in modo che le natiche cadessero sull'orlo della tavola, e le gambe sul tavolino 2: così restavano le cosce sospese sullo spazio tra le due tavole ed era possibile, divaricandole, eseguire cateterismi, lavande vaginali, ecc.: in terra, corrispondentemente allo spazio *d*, era un recipiente in cui potevasi raccogliere i liquidi di rifiuto, gli oggetti sporchi, ecc.: sulla parte *c* del tavolino 2, molto grande, era disposto in ordine tutto l'occorrente per l'operazione, in modo che l'operatore situato a destra del tavolo 1, nell'angolo, poteva comodamente aver tutto sottomano.

Fin dalla seconda operazione (Aprile 1889) ho usato sempre collocare le inferme col bacino elevato, come già in Italia soleva fare Ruggi, e perciò o mi servivo di cuscini posti sotto le natiche, o facevo tener alte le due gambe posteriori del tavolino 1 mediante appoggi.

Fu strettamente seguita l'antisepsi al sublimato corrosivo durante tutto il primo periodo, sia per la disinfezione subiettiva, sia per quella delle inferme, sia per gli oggetti di medicatura, lenzuolini, compresse, tamponi, che erano bolliti per un'ora in soluzione di sublimato al 1[2 per 1000: i ferri scopettati e strofinati fortemente, erano bolliti in acqua distillata.

Nelle operazioni addominali, il ventre e le coscie erano energicamente insaponate, rase, e poi coperte con una medicatura al sublimato, possibilmente 12 ore prima dell' intervento. Nel momento dell' operazione tolta la medicatura ed eseguita una pulizia con etere e una nuova disinfezione con sublimato, procedevo all' intervento senza ricoprire tutto intorno il ventre con lenzuolini. La cute, resa sterile, era a mio parere sufficiente a impedire ogni trasporto d' infezione dall'esterno, e difatti i risultati non mi dettero torto.

L'operazione era eseguita col *minimum* di strumenti possibile, e di solito 6 pinze di Péan e 4 Klemmer bastarono per ogni intervento: per materiale di sutura usai sempre seta bollita per 10 minuti in sublimato 1 °/oo, per coprire le intestina, usai pezze di velo a più doppi, coll'orlo cucito, bollite nella stessa soluzione, e mai in numero maggiore di 12 per volta; per asciugare il sangue, usai piccole pezze di velo bollite pure in sublimato.

Finita l'operazione, asciugavo il fondo del bacino con queste piccole pezze ben spremute, chiudevo il ventre cucendolo a sopragitto in tre strati, e ricoprivo con jodoformio la linea di sutura: la medicatura esterna era di velo bollito e ovatta, ma in strato leggerissimo per poter applicare ghiaccio sul ventre quando era necessario: per eseguire la fasciatura, facevo tirare la malata in basso in modo che le natiche venissero a posarsi sul tavolino 2 e il dorso restasse sull'orlo del 1: così nell'intervallo tra i due tavolini restava sospesa la parte inferiore del tronco, che era fasciata senza aiuto di sostegni o d'infermieri nel modo più semplice e rapido.

Nel secondo periodo (Luglio 1890-Marzo 1891) l'ebollizione degli oggetti di medicatura fu fatta in acqua marcia, e quella degli strumenti in soluzione di soda all'1 °/o.

Nel terzo periodo (Ospedale di S. Giacomo, Aprile 1891-Marzo 1892) fu mantenuto lo stesso sistema di disinfezione, solo che e per ambiente operatorio e per condizioni di assistenza e di servizio mi trovai in condizioni molto migliori.

Data così un'idea generale della tecnica, riassumerò in gruppi le operazioni eseguite, senza tener conto del periodo di tempo in cui avvennero onde non complicare inutilmente la lettura dei fatti.

I. Operazioni sugli annessi uterini per malattie non neoplastiche.

Furono in numero di 52 con 2 morti = 3.8 °/o e si dividono in

Ablazione bilaterale degli annessi . . N. 30	per piosalpinge	20 — 2 morti	1 ileo 1 sepsi
	per idrosalpinge e sanpingite-catarrale	6	
	per lesioni nervose	3	
	per miomi	1	

Ablazione unilaterale	N. 19	per piosalpinge	4
		per salpingite catarrale, ipertrofica e idrosalp.	10
		per gravidanza tubarica	5
Operazioni consecutive	» 2		
Operaz. complementare	» 1		

Le operazioni eseguite su queste 52 inferme furono 60, poichè 7 volte fu necessario un nuovo intervento e cioè su 4 fu dovuta ripetere la laparotomia, su di un'altra fu dovuta fare tre volte, e su di una terza fu dovuta eseguire l'isterectomia vaginale. Queste operazioni saranno riferite partitamente nei singoli capi.

Indicazioni. — Quando eseguii le prime operazioni per malattie degli annessi, ebbi subito occasione di vedere gran numero di donne sofferenti per infiammazioni tubo-ovariche. Fra queste sottoposi alla laparotomia un numero proporzionalmente così esiguo che più volte dovei poi vedere operate da altri, inferme alle quali credevo opportuno potesse risparmiarsi un pericolo. Da principio operai donne in cui la diagnosi era certa per il grande volume che il tumore degli annessi aveva preso, e nelle quali l'indicazione era chiara per una lunga storia di dolori nel passato, per attacchi di pelvi-peritonite ripetutisi a intervalli. In più casi le donne, inabili a ogni lavoro, giacevano in letto da anni e alcune erano state abbandonate alle risorse della natura, avendo esaurito tutte quelle mediche. È per questo che le operazioni furono in molti casi difficilissime, e i risultati lontani talora cattivi, anche per le condizioni nervose in cui si trovavano le inferme.

Il tumore degli annessi, la lunga durata del male, gli attacchi peritonitici a ripetizione furono le indicazioni di allora e sono quelle che anche oggi incondizionatamente giustificano l'ablazione delle trombe e delle ovaie.

Nei casi di flogosi acuta anche con grande tumore, ho sempre atteso che una cura antiflogistica avesse ridotto il volume delle masse che si palpavano, e solo la persistenza del dolore o del tumore dopo mesi di cura o il recidivare di infiammazione pelvica mi decisero all'intervento.

Il riposo assoluto e l'ittiolo producono la risoluzione di grandi masse flogistiche, quando sono dovute a essudato peritubarico, che fissando le anse intestinali vicine all'annesso, dà l'impressione di un

grande tumore: ma sono convinto che non riescano ad alcun risultato quando il tumore è fatto da pus nelle trombe o nell'ovaio, sebbene contribuiscano a far scemare l'edema delle pareti, come del resto avviene sempre nei comuni ascessi che non abbiano decorso flemmonoso: in tali casi il criterio diagnostico dato dalla cura aspettante che non porta una risoluzione, indicano a mio credere un intervento, se non si vuole inutilmente attendere che la donna passi per quelle vicende di sofferenze, di inabilità al lavoro come ci avviene di vedere per lo più nei casi lasciati a sè stessi. Ma l'intervento allora deve essere per la vagina. Il pus è ricco di germi, le pareti degli annessi, edematose e friabili, quindi il pericolo della laparotomia è molto aumentato: se le punture e le incisioni vaginali non bastano, meglio è ricorrere all'ablazione dell'utero dalla vagina e alla rottura delle saccoccie purulente senza tentare di levarle quando appaia meno che facile il loro distacco. Questa è la condotta che io seguirò sempre nelle infezioni recenti, che la cura aspettante e la natura non fanno risolvere: è una condotta prudente e sicura, mentre la laparotomia ci espone a gravi conseguenze, sprovvisti come siamo d'ogni mezzo di impedire un'infezione peritoneale se il pus virulento cade nella pelvi, e per parte mia, niente fiducioso del drenaggio in simili casi.

Oltre il tumore, oltre gli attacchi di pelvi-peritonite a breve scadenza, il dolore ha avuto una larga indicazione che ha giustificato molte asportazioni di annessi. Da principio ho ceduto anch'io, sedotto da una parte dal desiderio di liberare le inferme dalle molestie, dall'altra dalla facilità ed innocuità dell'operazione. Ma dopo una certa esperienza cambiai totalmente il mio giudizio: *le operazioni che si eseguono per il dolore, quando non esiste tumore, o quando la lesione annessiale è sproporzionatamente piccola di fronte alle sofferenze, e quando le inferme hanno stimmate isteriche o disturbi psichici anche lievi, sono inutili, anzi peggiorano. In tali casi non deve mai eseguirsi l'ablazione degli annessi: se un intervento sembra inevitabile, deve essere l'asportazione totale utero-ovarica la quale però non è sicuramente seguita da guarigione. Il miglior mezzo, in molti casi, è di abbandonare fin dal principio qualsiasi cura locale, che può essere sorgente di disturbi psichici irreparabili.*

Che le cure locali possano agire sui centri nervosi e creare gravi stati psichici ho appreso per mia esperienza: i due fatti che ora narro faranno molto pensare il lettore.

1.° Barbotti Tommasina, d'anni 44, stiratrice, venne all'Ospedale di S. Giovanni il 2 Luglio 1891, lagnandosi di punture e peso nella vagina e nel fondo del basso ventre: all'esame mostrava un utero di dimensioni normali nel corpo, con ingrossamento della porzione vaginale e con erosioni del muso di tinca: i due annessi erano appena più grossi del normale ma dolenti e non mobili: poichè già era stata curata altrove ambulatoriamente e a lungo per la malattia della cervice e senza risultato, e l'inferma si lagnava più di prima delle sofferenze stesse che l'avevano condotta dal medico, così credei opportuno fare l'ablazione sottovaginale della cervice, e l'eseguii il 15 Luglio 1891. L'esame del pezzo mostrò trattarsi di una flogosi cronica, senza alcuna traccia di degenerazione maligna come era stato ammesso da altri (1). Non seguì miglioramento. I dolori che accusava nella vagina ora erano più in alto, e poichè l'operazione le aveva data la certezza che la malattia dell'utero era stata tolta, cominciò a credere che fosse risalita nel ventre là dove provava punture e strappamenti: dopo una lunga cura con ittiolo, impacchi di Priesnitz, e vescicatori, l'inferma aveva peggiorato. Sia per i dolori che la tormentavano, sia perchè non era possibile persuaderla della non gravità del male, sia perchè altri colleghi le avevano consigliato l'asportazione degli annessi, eseguii quest'operazione il 4 Settembre 1891. Le tube erano ingrossate e dure, cogli orifici addominali chiusi, e fissate da aderenze non forti del bacino.

Dopo quest'operazione, che ebbe decorso asettico tanto che l'inferma dopo 13 giorni potè tornare a casa, lo stato generale e locale non tardò a peggiorare: la donna si lagnava di un dolore lacerante al ventre con irradiazioni alle reni: nella sua mente tutto era dovuto ad una riproduzione del cancro, di cui aveva inteso parlare sul principio della sua cura, e che le lacerava le intestina. Passati 3 mesi e 1[2 in tale stato orribile, e riescite vane le cure mediche ed elettriche, persuaso da una parte che non avrei danneggiato l'inferma con un altro intervento, e che talora questi stati dolorosi furono isolati coll'asportazione totale dei genitali interni, e che l'operazione poteva avere anche un'influenza sullo stato mentale della donna, la quale già due volte aveva tentato di uccidersi, feci l'isterectomia vaginale il 17 Dicembre 1891. La guarigione operatoria fu ottenuta rapidamente, ma senza alcun vantaggio e per i dolori e per lo stato mentale. La donna, tormentata dall'idea fissa di un male che le rodesse le viscere, fu rinchiusa nel manicomio, donde escì poco dopo senza miglioramento. Allora cominciò a farsi iniezioni di morfina, e a girare per tutti gli Ospedali e le Cliniche cercando chi volesse toglierle il male dal corpo. Fu lapa-

(1) C. Marocco. Comunicaz. alla Soc. ital. di Chirurgia, anno VIII, pag. 553.

rotomizzata un'altra volta in città da un collega, ma senza alcun vantaggio, poi fu curata a lungo con l'elettricità statica con passeggero miglioramento; ma non si potè riescire a toglierle l'uso della morfina. E morta sul finire del 1894 di marasmo per ascessi da iniezione e sempre gridando pei suoi dolori.

2.° Marotti Assunta, cucitrice, d'anni 32, ha convulsioni fino da bambina, ha avuto quattro figli dopo il matrimonio avvenuto a 20 anni. Nel 1889 dopo l'ultimo parto ebbe dolori di ventre e flusso bianco dalla vagina, e poi dolori nelle epoche mestruali. Curata a lungo ambulatoriamente nella Clinica ginecologica, fu poi operata di una cisti vaginale: uscì migliorata dalla Clinica ma per poco tempo: ricoverata a S. Giacomo le fu tolto l'annesso sinistro (1) in cui era una cisti a pareti sottili e a contenuto limpido. Guarì, dopo lungo soggiorno all'Ospedale, per una suppurazione profonda, e notò che gli attacchi epilettici erano diminuiti. Così durò poco. Ritornarono i dolori nel ventre a destra, si aprì un piccolo foro nella cicatrice, gli attacchi si fecero più intensi. Venuta nell'Ospedale di S. Giovanni, trovai che l'annesso destro era talmente dolente, che appena era possibile palparlo: la donna assicurava che ogni attacco convulsivo era preceduto da dolore nella regione ovarica destra. Perciò il 6 Marzo 1891 aprii il ventre, asportai l'annesso destro, staccai due aderenze intestinali dal fondo dell'utero, raschiai un tramite fungoso che da un foro della cicatrice conduceva all'angolo sinistro dell'utero, tolsi un'antica legatura e ricucii il ventre. Tre giorni dopo l'operazione ebbe un violento attacco convulsivo: la guarigione fu rapida e seguita da grande benessere per un mese. Ma poco dopo non solo tornò allo stato di prima, anzi i dolori nel ventre crebbero, la pressione sull'utero era allora intollerabile, e nella base del legamento largo sinistro si palpava un tumoretto fluttuante e così dolente, che al premerlo insorgevano convulsioni. Lo stato generale della donna e questo reperto così preciso m'indusse a una nuova operazione: aperto il ventre per la 3.ª volta (a S. Giacomo il 25 Maggio 1891), spaccai il legamento largo ed enucleai la cisti, quindi asportai l'utero. La guarigione fu rapida e localmente non disturbata da un attacco convulsivo seguito da stato di male che durò per 24 ore, apparso al 2.° giorno.

Il risultato dell'operazione fu da principio ottimo: ma non tardarono a riapparire forti dolori nel ventre, e a questi accompagnaronsi continue convulsioni; le fu consigliato l'uso della morfina. Nel Febbraio 1892 la donna era divenuta morfinomane ed aveva un'ernia della

---

(1) Dott. NUVOLI. « Storie cliniche di 27 operazioni nella cavità addominale. » Roma, 1892.

parete addominale. Nell'Aprile 1893 ridotta in grave stato fu accolta a S. Giovanni e lì restò fino alla morte, che avvenne per marasmo nel Giugno 1893.

In ambedue i casi 4 operazioni, sempre seguite da peggioramento, da stato psichico incurabile, e infine da morte.

Si deve certamente pensare che un fondo nevropatico abbia potuto condurre a tali risultati, ma è anche certo che le successive operazioni abbiano avuto la loro parte nell'eccitare e alterare il sistema nervoso.

Quanto sia difficile restare indifferenti di fronte a donne che presentano un quadro pietoso di sofferenze insopportabili, lo sa solo chi ha avuto occasione di vederne: in tali circostanze, stabilita esattamente la diagnosi anatomica dei genitali esterni, se le alterazioni sono piccole o nulle, meglio è astenersi; ma dato che si volesse intervenire, perchè all'estremo di ogni risorsa, preferirei sempre una sola e completa operazione, l'ablazione totale dei genitali interni dalla vagina. Ho veduto però varie volte che l'astensione da ogni cura ha portato buoni effetti, e sopratutto mi paiono da condannare le piccole e ripetute intervenzioni, le medicature continue inutili, le quali persuadono sempre più la donna dell' incurabilità del suo male e la conducono a stati nervosi gravissimi.

Quanto è meglio dunque non cominciare! Nelle mie due osservazioni, da una semplice asportazione della porzione vaginale nel primo, e dall'enucleazione di una cisti vaginale nel secondo, si arrivò successivamente a 4 operazioni gravi e si chiuse la scena colla morfinomania e colla pazzia.

Pure è vero che talora si vedono guarire donne con piccoli atti operativi o simulati: in tali casi o dobbiamo ammettere che queste operazioni abbiano veramente tolta la causa del male o che abbiano agito per suggestione in persone isteriche.

Io ho veduto varie volte tali effetti benefici dalle operazioni e riassumo qui un mio caso:

3.° Verda Elisabetta, d'anni 35, sarta, ha avuto due parti a termine, nei quali il feto fu estratto col cranioclaste (bacino ristretto), e un parto provocato a 7 mesi. Nel 1889 ha avuto una grave metrorragia (aborto?), prolungata, dolorosa, e seguita da flusso bianco dai genitali:

ricoverata nella Clinica ginecologica fu raschiata la cavità uterina: uscì migliorata dopo un mese, ma trascorso poco tempo tornò il flusso bianco, poi dolori di ventre. Riammessa in Clinica vi rimase 5 mesi e fu curata in molti modi senza resultato. Da allora alla metà circa del 1891 è andata deperendo: i dolori nel ventre, sopra al pube e nelle regioni ovariche, le irradiazioni al sacro e alle coscie le impediscono di lavorare: è abbattuta e decisa ad ogni operazione pur di guarire. L'utero è grosso, ma in buona posizione; gli annessi sono poco mobili e dolentissimi. Aperto il ventre con piccola incisione e trovate le tube pervie ma aderenti, le staccai completamente e le riposi. *Guarita dall'operazione, non ha avuto più alcun dolore:* nel 1893 riescì incinta e all' 8.° mese fu provocato il parto dal dott. Rocchi. Dipoi è stata sempre bene.

4.° Non così avvenne a un'altra donna, Quirina Pettinelli, d'anni 33, che dopo l'ultimo parto nel 1895 cominciò a soffrire di dolori di ventre specialmente nella regione ovarica destra: le mestruazioni si fecero irregolari e abbondanti. Nel 1891 la curai per molti mesi con ittiolo in vagina, con medicature astringenti endouterine, con rivulsioni cutanee: presentava allora una lacerazione perineale superficiale, una lacerazione profonda del collo uterino a sinistra, il labbro anteriore della porzione vaginale era ingrossato e invaso da un'erosione follicolare come pure il labbro posteriore: il corpo uterino non grosso, era indolente alla pressione, ma smuovendolo dalla vagina si eccitavano forti dolori, specialmente sollevandolo e tirandolo verso il pube dal fornice posteriore, Gli annessi piccoli e mobili, le ovaie dolenti, e assai sensibile il fondo del Douglas dove si potevano palpare bene i due legamenti sacro-uterini, tesi e duri. A questo stato locale, lenta parametrite propagatasi dalla lacerazione del collo, fu inutile la cura aspettante: dopo un anno di pazienza erano cresciute le sofferenze e altri colleghi chiamati a vederla le avevano consigliata l'ablazione degli annessi.

Io praticai allora l'amputazione del collo, e raschiai la cavità dell'utero: poi aperto il ventre estrassi gli annessi e trovate pervie le tube, le riposi dopo staccate due aderenze a sinistra, e dopo punte col Paquelin parecchie cisti piccole in ambedue gli ovai: nel legamento largo destro erano sviluppate le vene come varici. Ottenni un passeggero miglioramento: la donna ricadde nelle sofferenze di prima, nè la cura idrica, nè la cura elettrica prolungata fatta dal dott. Ghilarducci l'hanno guarita: nell'inverno 1895 è stata quasi sempre in letto per i dolori: localmente non si osserva alcuna alterazione e non ho perciò acconsentito ad alcuna operazione: rivulsivi ripetuti con grande frequenza per due mesi hanno recentemente prodotto un notevole miglioramento.

È certo che questa donna si prepara a seguire la via delle due prime se non sarà trattenuta con energia.

Questi fatti mostrano chiaramente quanto sia difficile la terapia in simili stati morbosi e quanta prudenza esiga, e come sia meglio lasciare a sè stesse le donne sofferenti di dolori non bene spiegati dallo stato anatomico e consigliarle alla pazienza, che volerle ad ogni costo guarire con mezzi che raramente giungeranno allo scopo. Difficile è la terapia poichè difficile è la diagnosi esatta. È quindi regola per me esaminare accuratamente lo stato nervoso dell' inferma, e se esistono stimmate isteriche o segni di questa nevrosi, ritengo dovere astenermi da ogni intervento, se lo stato locale non lo impone.

Tecnica operatoria. — Ho preferito sempre un piccolo taglio mediano come primo tempo dell'operazione: dall' incisione fatta si possono introdurre due dita ed esplorare il fondo della pelvi, e dato che s'incontrino difficoltà operatorie, non ho tenuto molto a che l' operazione dovesse riescire da un' incisione piccola, e l' ho ingrandita quanto era necessario, distaccando talora parzialmente anche l' inserzione dei muscoli retti dal pube per poter meglio divaricare i bordi della ferita.

Nei casi semplici, con aderenze limitate o poco tenaci, basta la piccola incisione e l' introduzione di due dita della mano sinistra, le quali procedendo cautamente snucleano i tumori annessiali dal fondo della pelvi, li uncinano e li tirano a livello della ferita e se è possibile anche fuori di essa: la sensazione che provano le due dita che mano mano s' insinuano tra le aderenze e gli annessi e distaccano quanto oppone resistenza, è abbastanza sicura per dare all'operatore una guida da fidarsene: se le intestina non sono aderenti, come spesso è il caso, le dita possono lavorare anche con forza, poichè allora le lacerazioni che avvengono non fanno correre pericolo all' inferma. Appena l'annesso è divenuto mobile ed è stato portato nella ferita, s' insinua una grossa compressa umida, di garza, sotto le due dita che sorreggono l'annesso, e si comprime bene nel fondo della pelvi, dove viene sangue dalle aderenze rotte.

Legato e asportato uno degli annessi, si snuclea l'altro, e si mette una seconda compressa nel posto che esso occupava nella pelvi.

La legatura degli annessi l'ho fatta in seta, e in due porzioni, una comprendente i vasi tubo-ovarici, e l'altro la tromba in prossimità dell'angolo uterino; ma nelle ultime operazioni, dopo aver legata la prima porzione che porta i vasi, ho distaccato col termocauterio la tuba dal corno uterino profondamente fin nella sostanza muscolare, e solo allora

ho stretto il secondo laccio che comprendeva l'altra metà del peduncolo. In tal modo si evita che *la tromba resti compresa nella legatura e che dia luogo ad infezione secondaria del filo, e ad aderenze e a infiammazioni circoscritte peripeduncolari,* sorgenti di molti danni, e di insuccessi terapeutici.

Il piccolo orificio che resta sul corno uterino si oblitera con la profonda cauterizzazione: si badi sempre a chiudere con una pinza l'altro capo della tuba affinchè non cada pus nel ventre.

Credo che agendo così si evitino meglio infezioni consecutive che non colla legatura al catgut o coll' escisione cuneiforme e sutura dell'angolo tubo-uterino, come altri hanno più tardi proposto.

In altro modo soglio agire quando esistono aderenze intestinali: allora è opportuno dilatare l'incisione e lavorare solo colla guida dell'occhio, staccando cautamente colle forbici o col Paquelin le aderenze e sempre cercando di lasciar attaccato all' intestino parte del rivestimento dell'annesso: ogni lacerazione completa non solo, ma anche parziale delle tuniche muscolari va cucita, poichè la mucosa denudata si necrosa certamente.

Asportati gli annessi colle forbici, cauterizzata la superficie di sezione col Paquelin, e affondati i peduncoli, estraggo prima l'una e poi l'altra delle compresse e se ancora vien sangue, cerco di vedere se è da qualche vaso che getta, nel qual caso è facile prenderlo con una lunga pinza e legarlo: ma se invece l'emorragia è dalle aderenze rotte e una nuova compressione per 5 minuti con garza umida assai calda non lo frena, ho di solito coperto le intestina con una pezza, le ho spinte in alto; col bottone del termocauterio ho cauterizzato le superfici sanguinanti. Ciò riesce bene perchè il cauterio stesso illumina il fondo del bacino, purchè la posizione inclinata sia molto esagerata. Non riescendo pure in questo modo che richiede talora tempo prima di dare un effetto stabile, ho tamponato il punto sanguinante con striscie di garza all' jodoformio, che ho poi fatto uscire dall'angolo inferiore della ferita.

La prima volta che usai questo tamponamento con striscie sovrapposte, come si fa in chirurgia generale, fu nel 1889 nel caso (3.°) di una donna che in seguito ad infezione puerperale soffriva da due mesi di febbri alte e presentava due enormi tumori allato dell'utero: a destra il tumore era addossato alla parete addominale e superava di 4-5

dita il legamento di Poupart, formando una piastra dura e immobile. Aperto il ventre trovai le trombe piene di pus, e i due tumori fatti dai legamenti larghi infiltrati e pieni di piccoli ascessi separati tra di loro: su quello di destra aderiva l'omento e anse d'intestino: asportai queste due masse dal fondo della pelvi mediante il Paquelin, e legando ad uno ad uno i vasi che davano sangue: restò così un'enorme superficie di sezione al di qua e al di là dell'utero, e la tamponai. La guarigione fu completa. In tutto ho avuto occasione di usare del tamponamento in 10 di queste operate: tutte guarirono. Nondimeno ritengo che la sua principale indicazione sia l'emostasi, quando non riescì in altro modo di ottenerla. Che veramente agisca come drenaggio lo nego, poichè quando si estrae dal ventre, dietro di esso suol escire una notevole quantità di liquido sanguinolento assai denso: così pure credo che agisca limitatamente impedendo la decomposizione del liquido che si forma nel bacino e che difficilmente sarebbe riassorbito spontaneamente quando il peritoneo pelvico è infiammato, coperto di membrane, o lacerato nel corso della operazione.

Perciò mi pare che sia troppa fiducia quella di contare sul drenaggio come mezzo capace di prevenire le infezioni del peritoneo, quando si operò su organi contenenti germi patogeni, o si aprirono spazi connettivali infiltrati. In quest'ultimo caso la cauterizzazione delle superfici col Paquelin, mi pare che dia la maggiore garanzia che l'infezione non si diffonda al peritoneo. Su queste 10 inferme ho rivedute due con ernia nell'angolo inferiore della cicatrice.

In pochi casi tra i primi operati (1889) ho lavato la piccola pelvi con soluzione calda di acido borico 3 % e acido salicilico 2 ‰: le inferme guarirono bene, senza mai febbre, ma in seguito ho lasciato questa lavanda sopratutto perchè incomoda e perchè esige grandi precauzioni asettiche, e perchè può essere sostituita da un'accurata pulizia fatta con compresse umide.

I *resultati* ottenuti furono buoni per quanto riguarda l'atto operativo. Riescii altrettanto nel curare durevolmente le mie inferme?

La tabella che segue dà un esatto ragguaglio degli esiti remoti constatati tutti da me stesso, cercando per quanto mi fu possibile di spogliarmi d'ogni sentimento personale e di ricercare solo di trarre dai fatti un insegnamento. Perciò fui molto rigoroso nell'apprezzare i risultati lontani.

Esiti operatori e terapeutici di 52 operazioni sugli annessi uterini (1889-92).

Numero progr.	Nome e Cognome	Operazione	Esito prossimo	Esito remoto
1	Barberi Clelia. 21 a., V. Monserrato.	Piosalpinx bilat. Ablazione dei 2 annessi (eventramento durante l'operazione). 17|10|88.	Morta per sepsi dopo 3 giorni.	—
2	Besani Maddalena, 35 anni (S. Giovanni).	Piosalpinx bilat. Ablazione tipica degli annessi. 6|9|89.	Morta per ileoparalitico dopo 6 giorni.	—
3	Cataldi Anna, 24 a. (S. Giovanni).	Piosalpinx bilater. Ascessi multipli dei parametri (plastron a destra). Ablazione degli annessi, asportazione dei 2 legamenti larghi infiltrati. Tamponamento del bacino. 18|4|89.	Guarigione, esce in buono stato dopo 35 giorni.	Dopo 4 anni e 4 mesi di benessere, ernia nell'angolo inferiore della cicatrice: fenomeni di occlusione intestinale: laparotomia mediana e poi laterale (dottor Canali), recisa un'aderenza che strozzava un'ansa del tenue. Guarigione. (23|8|93.
4	Molini Enrica, 47 a. (S. Giovanni).	Piosalpinx destro. Ascessi del legamento largo destro (infezione puerperale) (plastron). Ablazione dell'annesso e del legamento d., tamponamento come sopra. 17|7|89.	Guarigione, esce in buono stato dopo 22 giorni.	Morta dopo 6 mesi a Frascati per causa ignota; non ci fu in questo tempo un persistente miglioramento.
5	Citronelli Adele, 24 anni (S. Giovanni).	Idrosalpinge destro. Ablazione.	Guarigione dopo 14 giorni, inviata nelle corsie mediche per lesioni polmonari.	Riveduta molto spesso nell'Ospedale di S. Giovanni. Le sofferenze addominali scomparse.
6	Girardi Viola, 23 a. (S. Giovanni).	Endometrite puerperale, piosalpinge bilaterale e pelviperitonite. Ablazione dello annesso dest.: per le grandi ader. dell'intestino, non riesce l'ablazione dell'altro annesso. 4|9|89, tamponamento del ventre dopo lavanda per rottura dell'annesso e versamento di pus nel bacino.	Guarig., esce dopo 25 giorni.	Maggio 94, ottimo stato, può lavorare, non ha dolori che a rari intervalli e che scompaiono col riposo, mestruazioni regolari, non ha ernia.
7	Pasquetti Maria (S. Giovanni).	Idrosalpinge destra, ovarite cistica. Ablazione dell'annesso malato. 8|7|89.	Guarig., esce dopo 40 giorni.	—
8	Lauretti Lucia, (S. Giovanni).	Salpingooforite bilat. purulenta. Metrite cronica. Ablaz. tipica dei 2 annessi. 5|10|89.	Guarig., esce dopo 24 giorni.	Dopo 2 mesi è ingrassata e non ha dolori. Dopo 4 anni circa (Luglio 93) entra nell'Ospedale di S. Giovanni per curarsi di catarro uterino, ha di tanto in tanto dolori, non più mestruazioni: è contenta del suo stato: esce migliorata dall'Ospedale dopo poco tempo.

Numero progr.	Nome e Cognome	Operazione	Esito prossimo	Esito remoto
9	Gioietti Giuseppa. Ospedale S. Giovanni.	Salpingite ipertrofica e ooforite sin., retroversione dell'utero, fissa. Ablazione dell'annesso sin., distacco parz. delle ader. 5|1|90.	Guarig., esce dopo 20 giorni.	—
10	Socci Nunziata. Idem.	Salpingooforite catarrale, bilaterale. 21|12|89. Ablazione dell'annesso sin., lascio il destro perchè la tuba è pervia.	Esce dopo 19 giorni.	Riveduta dopo 6 mesi circa: sono tornate le sofferenze, ha molto spesso dolori a destra, non può più lavorare. 10|6|90, seconda laparotomia. Ablazione dell'annesso destro, esce guarita dopo 20 giorni (Ospedale della Consolazione). Riveduta dopo 1 anno (22|6|91) Ospedale S. Giacomo, nel ventre non ha più dolori, ma dal Marzo soffre di coliche renali gravi, ed ha pus nell'urina, è in grave stato generale perchè ad ogni accesso di dolore si fa iniezione di morfina ed ora ne usa ogni giorno, rifiuta ogni atto operativo.
11	Gheri Giuseppa, 41 anni. Idem.	Salpingite destra catarrale. Metrite cronica, retroflessione fissa dell'utero. Ablazione dell'annesso destro, isteropessia. 30|10|89.	Esce dopo 16 giorni.	Maggio 90 (esame del professore Pasquali). Utero in buona posizione, non dolori, ha avuto una metrorragia senza causa apparente: nel registro della Clinica è segnata colla diagnosi di endometrite lieve.
12	Benedetti Marianna, 45 a. Idem.	Salpingooforite sin., retroflessione dell'utero. Ablazione dell'annesso sinistro, isteropessia. 24|7|90.	Esce dopo 23 giorni.	Riveduta dopo 9 mesi 20|4|91, non ha più disturbi di sorta, ernia nell'angolo sup. della cicatrice. Cura radicale dell'ernia (Ospedale S. Giacomo), esce dopo 14 giorni.
13	Massimi Francesca, 37 anni. Idem.	Salpingite purulenta sin. Perimetrite cronica cistica, estesissime aderenze. Ablazione dell'annesso e delle cisti, la tuba si rompe, cade pus nel ventre, lavanda e drenaggio. 24|7|90.	Esce dopo 36 giorni in ottimo stato.	Marzo 91, ritorna con dolori pelvici e addominali e stitichezza, piccola ernia nell'angolo inf. della cicatrice: credendo dovuti i dolori a lesione dell'altro annesso e ad aderenze dell'intestino, faccio una seconda laparotomia 26|3|91 e trovo la piccola pelvi piena di piccole cisti a contenuto scuro, le ader. intestinali saldissime impediscono raggiungere l'annesso: le cisti sono escisse o punte secondo che fu possibile: un'ansa del tenue è lacerata e cucita: tamponamento. Guarigione operatoria: esce dopo tre mesi.

Numero progr.	Nome e Cognome	Operazione	Esito prossimo	Esito remoto
14	Montenovi Giovanna, 42 anni. Ospedale S. Giovanni.	Nevralgia ovarica (?). Castrazione. 28|7|90. Malata da 6 anni con gravi dolori nelle regioni ovariche seguiti da accessi asmatici, grida notte e giorno, non si calma con forti dosi di morfina: è da 2 anni nell'Ospedale, e vien tenuta isolata.	Guarigione, ritorna alla corsia medica dopo 8 giorni.	Miglioramento passeggero, torna nello stato di prima e poi vien rinchiusa nel Manicomio, avendo tentato di uccidersi. Si getta da una finestra e muore. Alla sezione non si trova alcuna lesione.
15	Valentini Margherita, 40 a. Idem.	Salpingooforite destra, prolasso dell'ov. nel Douglas. Ablazione dell'annesso destro e di un piccolo mioma del fondo dell'utero. 8|10|90.	Esce dopo 17 giorni.	Dopo 5 mesi seppi che stava bene per quanto riguardava l'addome, ma aveva anche un ascesso freddo nel lombo sin. (da bambina aveva sofferto di coxite).
16	Isolina Sorbi	Salpingite purulenta bilat., retroversione fissa dell'utero, endometrite purulenta, malata da 4 anni, ha avuto ascessi, rottisi nel retto e nella vagina.	—	*Prima operazione.* 9|8|90. Ablazione dei 2 annessi e distacco dell'utero, tamp. del fondo del Douglas, raschiato l'utero e cauterizzato con acido fenico.
			Esce dopo circa 80 giorni, migliorata.	Rientra nell'Ospedale per un ascesso nell'angolo inf. della cicatrice e per aggravamento dei sintomi. *Seconda operazione.* 19|1|91. Distacco di aderenze, raschiamento di un tramite fungoso che conduce al peduncolo destro, tolte 3 legature della prima operazione, escisso il legam. largo destro, raschiato l'utero.
			Esce migliorata dopo 3 mesi.	Entra nell'Ospedale di S. Giacomo in peggiori condizioni di prima: ha molti dolori, si fa di nascosto iniezioni di morfina, l'isterectomia è rifiutata dall'inferma e dalla famiglia. *Terza operazione.* Laparotomia mediana, distacco di molte aderenze. 25|6|91.
			Guarig. operatoria rapida, esce dopo 3 mesi di cura.	Peggiorata. La morfinomania è invincibile. Muore nel Maggio 93, per marasmo.
17	Fattorini Marina, 33 anni. Idem.	Salpingooforite catarrale bilaterale. Ablazione tipica. 6|11|90.	Guarig., esce dopo 27 giorni.	Riveduta nel Settembre 91 nell'Ospedale S. Giovanni, ha un piccolo ascesso nell'angolo inf. della cicatrice: guarisce coll'espulsione di un filo. Sta bene, ma di tanto in tanto ha sensazioni moleste nelle due regioni ovariche.
18	Pasini Lucia, 24 anni. Idem.	Piosalpinge bilat. Ablazione tipica, uretrite blenorragica. 25|10|90.	Guarig., esce dopo 36 giorni.	Sta tuttora bene e può lavorare come cameriera, senza molestie.

Numero progr.	Nome e Cognome	Operazione	Esito prossimo	Esito remoto
19	Sforza Anatolia, 20. Osped. S. Giovanni.	Piosalpinge bilat. Ablazione dei 2 annessi molto difficile, lacerazione di un'ansa del tenue. 7|12|90.	Guarig., esce dopo 34 giorni.	Riveduta molte volte, per la ultima volta nel Febbr. 95, è in ottimo stato: spessissimo ha vampe di calore al capo, e molto di rado qualche dolore al ventre: può lavorare tranne quando è presa dai dolori.
20	Di Mattei Adele, 38 a. Idem.	Piosalpinge bilat. Ablazione dei 2 annessi assai difficile, raschiamento dell' utero. 31|12|90.	Guarig., esce dopo 25 giorni.	Riveduta molte volte, l'ultima volta nel Luglio 95, non ha avuto più alcun dolore: solo si lagna di vampe di calore al capo
21	Valentini Giovanna, 23 a. Idem.	Salpingite catarrale destra. Ablazione dell'annesso malato. 5|12|90, l' annesso destro è un po' ingrossato, ma la tuba è pervia.	Guarig., esce dopo 22 giorni.	È stata bene fino all' estate del 92: nel Luglio è costretta ad entrare nell'Osp. di S. Giovanni; è dimagrata, ha molti dolori a sinis., nel ventre.
22	Di Pietro Michelina, 32 a. Idem.	Salpingite catarrale bilat. Ablazione tipica. 20|1|91, isteria, ha pulsazioni aortiche molestissime.	Guarig., esce dopo 13 giorni.	Riveduta spesso, l' ultima volta nel Febbraio 95: si lagna sempre delle pulsazioni nel ventre, di rado ha dolori, si è ingrassata.
23	Fiorucci Fidalma, 22 anni. Idem.	Salpingite catarrale bilat., aderenze tenacissime Ablazione del solo annesso sin. 15|1|91, isteria grave, accessi asmatici.	Guarig., esce dopo 41 giorni (grave bronco polmonite a destra, influenza).	Riveduta spesso, ha catarro bronchiale e accessi asmatici come prima. Febbr. 94: ha mestruazioni regolari, ma di tanto in tanto forti menorragie. Marzo 95 sta in buone condiz., non si lagna del ventre: ha catarro uter.
24	Testi Isabella, 20 anni. Idem.	Piosalpinge bilat. Ablazione tipica. 24|1|91.	Guarig., esce dopo 15 giorni.	—
25	Corsetti Luigia, 26 anni. Idem.	Piosalpinge bilat. Ablazione tipica. 4|3|91.	Guarig., esce dopo 12 giorni.	Riveduta dopo 1 anno. ha sofferto dolori di ventre di tanto in tanto, e non ha potuto lavorare.
26	Garbini Adele, 40 anni. Idem.	Idrosalp. sin., retroversione e retroflessione dell' utero, prolasso della parete vaginale ant. con cistocele. Ablazione dell'annesso sin., isteropessia, cistopessia. 11|3|91. Colporrafia ant. e perineorafia. 25|3|91. (Mazzoni).	Guarig., esce dopo 40 giorni.	Febbraio 92, ernia nell' angolo super. della cicatrice. Operazione radicale (Mazzoni). Ablazione dell' altro annesso. Marzo 95, sta bene, tende a riprodursi il prolasso vaginale.
27	Mazzi Maria, 42 anni. Idem.	Enteroptosi (Glénard), rene destro mobile, retroflessione fissa dell' utero, salpingite catarrale bilaterale. Ernia crurale destra, grave neurastenia. 6|3|91, salpingooforectomia bilat., isteropessia, nefropessia.	Guarig., esce dopo 18 giorni.	Agosto 91, migliorata da principio, torna a lagnarsi di senso di peso nel ventre e di spostamenti interni di visceri verso l'anello crurale, l' ernia è cresciuta e assai molesta. 13|8|91, operaz. radicale dell'ernia (a S. Giacomo). Febbr. 94, aumentati i disturbi neurastenici generali e mantiensi la sensaz. di caduta dei visceri in fondo al ventre, inviata al dottor Ghilarducci per una cura elettrostatica.

Numero progr.	Nome e Cognome	Operazione	Esito prossimo	Esito remoto
28	Silvestrini Geltrude, 43 anni.	Salpingite purulenta bilat. Ablazione dei 2 annessi assai difficile. 4|2|91.	Guarig., esce dopo 30 giorni.	Riveduta assai spesso in buono stato, può lavorare: utero piccolissimo. Agosto 93, stenosi del retto, inviata a S. Giovanni. Febbraio 94, è migliorata: può lavorare, ma dopo alcune ore di fatica ha dolori nel ventre.
29	Marotti Assunta, 32 anni. Osped. S. Giovanni.	Istero-epilessia. Operata nella Clinica ginecologica per una cisti vagin. (1890). Operata a S. Giacomo (dottor Nuvoli per dolori ovarici, di ablazione dell'annesso sin. (guarig. con suppuraz. profonda).	Guarigione.	--
		6|3|91, ritornati i dolori, operata di ablazione dello annesso d. (a S. Giovanni).	Guarig., esce dopo 20 giorni.	Aprile 91, peggioramento, frequenti convulsioni con aura uterina, perciò quarta operazione.
		Quarta operazione, ablazione dell'utero dal ventre, dei 2 legamenti larghi e di una piccola cisti intralegamentosa.	Guarig., esce dopo 28 giorni.	Miglioramento passeggero, accessi convulsivi tornano frequenti, dolori insopportabili, ernia della cicatrice. Morfinomane. Muore il 25 Giugno 93 a S. Giovanni con grave cachessia.
30	Bianchini Rosa, 24 anni. Osp. S. Giacomo.	Salpingite catarrale bilat. Ablazione dei 2 annessi. 20|4|91.	Guarig., esce dopo 25 giorni.	11|4|93 (Osp. S. Giovanni). Morta per tubercolosi polmonare.
31	Alesi Teresa (oper. in casa).	Idrosalpinge destro del volume di un pugno, salpingite catarrale sin., gravi disturbi reflessi a carico dello stomaco (vomito continuo), endometrite. Ablaz. dei 2 annessi. 12|3|91.	Guar., si alza dopo 15 giorni.	3 mesi di benessere, poi attacco acuto di perimetrite e ritorno allo stato di prima, cura con ittiolo, dopo molte oscillazioni, miglioramento, torna in buona salute (93).
32	Verda Elisabetta, 35 anni. Osped. S. Giacomo.	Isteria. (Malata da 4 anni). Aderenze perisalpingoovariche. 29|5|91, piccola incisione del ventre, distacco delle aderenze.	Guarig., esce dopo 13 giorni.	Riveduta spesso, è in ottimo stato: cessa ogni disturbo. E gravida nel 1893; parto provocato all'ottavo mese (dott. Rocchi).
33	Cardinali Anna, 26 anni. Idem.	Tubercolosi degli annessi e del peritoneo. Ablazione dei 2 annessi. 9|6|91.	Guarig., esce dopo 43 giorni, in buono stato.	—
34	Galand Carolina, 25 a. Idem.	Piosalpinge bilat., retroflessione fissa dell'utero. 7|6|91, raschiamento dell'utero e medic. con iodoformio. 14|6|91, ablazione dei 2 annessi assai difficile e accompagnata da forte emorragia nel distaccare l'utero, isteropessia.	Guarig. dopo una suppurazione profonda (dal peduncolo), esce dopo 2 mesi.	Passeggero miglioramento, attacchi frequenti di pelvi peritonite, non può lavorare, dopo lunga cura di ittiolo, in letto, seconda laparot.
		Seconda operazione, laparotomia mediana, distacco di aderenze di omento e d'intestino, ablaz. dell'utero.	Guarig., esce dopo 35 giorni.	Completo benessere, fine 94 è fiorente, e può lavorare (fabbrica di tabacchi), non ha più alcun dolore.

Numero progr.	Nome e Cognome	Operazione	Esito prossimo	Esito remoto
35	Barbotti Tommasa, 44 anni (vedi storia a pag. 103 Osp. S. Giacomo).	Metrite cronica, ipertrofia del collo con erosioni, lieve salpingite bilat. Fenomeni isterici gravi. 15|7|91, amputaz. biconica del collo. 4|9|91, salpingooforectomia bilat. 17|12|91, isterectomia vaginale. Altra laparotomia eseguita da un collega in città.	—	Peggioramento progressivo. Morfinomania. Morta per cachessia sulla fine del 1894.
36	Pantaloni Alberica, 25 a. Id.	Piosalpinge bilat. Ablazione dei 2 annessi. 19|6|91.	Esce guar. dopo 37 giorni.	—
37	Mullass Rosa, 30 anni. Idem	Salping. catarr. bilat. Isteria. Ablaz. dei 2 annessi. 4|7|91, retroversione dell'utero, isteropessia.	Guarig., esce dopo 16 giorni.	Riveduta spesso, i fenomeni isterici persistono, ha calore alla faccia, ogni mese, di tanto in tanto qualche dolore ovarico.
38	Calabresi Palmira, 29 anni. Idem.	Piosalpinge bilat. Ablazione dei 2 annessi molto difficile. Ascesso in ambedue le ovaie. 24|7|91.	Guarig., esce dopo 24 giorni.	25|9|93. (Clinica ostetrica-ginecologica), utero piccolissimo, sul peduncolo dell'annesso destro un ingrossamento, segni di endometrite per cui si consiglia il raschiamento. *Le mestruazioni sono comparse sempre regolarmente!*
39	Antonelli Antonia, 23 anni. Idem.	Piosalpinge bilat. Ablazione dei 2 annessi, difficile. Ascesso nell'ovaio sinistro. 14|8|91.	Guarig., esce dopo 30 giorni.	Riveduta spesso, è diventata fiorente, lavora senza molestie, si lagna di forti vampe al capo di tanto in tanto. Luglio 95.
40	Petti Ersilia, 40 anni, Idem.	Piosalpinge bilat. Cisti nel legamento largo destro, da 4 anni è in letto. Ablaz. dei 2 annessi e del tumore. 3|10|91.	Guarig. asettica, resta a lungo nell'Ospedale per rimettersi.	Riveduta regolarmente ogni mese, può lavorare ma non a lungo, si stanca presto. 20|3|94, ha di tanto in tanto fieri attacchi di dolori che cessano col comparire di metrorragia che dura 3, 5 giorni, talora deve stare in letto per dolori di ventre: è sempre assai debole. Dicembre 95, dopo un nuovo e più forte attacco di dolori va a S. Giovanni dove il prof. Mazzoni fa l'isterectomia vaginale. Muore dopo 6 giorni per sepsi.
41	Gatti Barbara, 45 anni. Idem.	Piosalpinge bilat. Cisti del legam. largo sin. Ablazione degli annessi e del tumore. 16|12|91 (tamponam. jodoformio).	Guarig., esce dopo 24 giorni (nel decorso post. operatorio fenomeni di ileo guariti con enteroclisma).	Riveduta il 4|7|94. Sta bene.

Numero progr.	Nome e Cognome	Operazione	Esito prossimo	Esito remoto
42	Matteucci Adele, 32 anni. Idem.	Piosalpinge bilat. Ablazione dei 2 annessi Drenaggio jodoformico. 24|1|92.	Guarig., esce dopo 40 giorni.	21|1|93, perimetrite con essudato abbondante, minaccia d'ileo. 5|2|93, crescendo i sintomi di occlusione intestinale è operata a S. Giovanni dal prof. Mazzoni, con distacco di aderenze. Esce guarita il 26|3|93. 19|3|94 sta in buona salute e senza disturbi.
43	Rosi Cristina, 29 anni.	Piosalpinge destra. ascesso dell'ovaio. Ablazione dell'annesso e retroversione fissa, isteropessia. 19|2|92.	Esce guar. dopo 41 giorni, nel decorso post. oper. si formò una collezione purulenta intraperitoneale a sin. che fu evacuata dalla cicatrice.	Febbraio 93, ha una piccola tramite nella cicatrice, qualche dolore nella regione ovarica sin., ricoverata a S. Giacomo è asportato l'annesso sin. dal dottor Ferraresi, guarigione. Riveduta nel 94 e nel Maggio 95 non ha avuto più disturbi locali, ma vampe di calore, talora metrorragia, utero piccolissimo.
44	Cassandra Virginia, 26.	Piosalpinge bilat. Endometrite blenorragica Ablaz. dei 2 annessi. 1|2|92.	Guar. asettica, resta nell'Ospedale per la cura della endometrite.	Gennaio 95, racconta che escita da S. Giacomo dopo alcuni mesi vi ritornò perchè le sofferenze erano aumentate. Fu laparotomizzata dal prof. Topai che tolse aderenze da uno dei peduncoli e una piccola cisti perimetritica. Ora sta bene, l'utero misura cm. 3 1|2, ha perduto il senso genesico, la palpazione del peritoneo pelvico è dolente.
45	Pettinelli Quirina, 33 anni (vedi storia a pag. 106).	Neurastenia. Emdometrite cervicale ed ipertrofia del collo, nevralgie pelviche gravi. Amputaz. biconica del collo, laparotomia mediana, distacco, raschiam. dell'utero, delle aderenze dei 2 annessi, ignipuntura di cisti nei 2 ovai.	Guarig., si alza dopo 20 giorni.	Fino al Marzo 94, miglioramento sopratutto dei dolori ovarici, poi peggioramento, aggravamento della neurastenia, lunghe cure elettriche locali e generali, ottiene un notevole benessere coll'uso ripetuto di rivulsivi.
46	Flamini Carmela, 22 anni Osped. S. Giacomo.	Operata nell'Ottobre 91 a S. Giovanni (dott. Marino), per lesioni degli annessi, di ablazione bilaterale di questi. 19|1|92, entra a S. Giacomo con forti dolori e metrorragie. 12|2|92, raschiamento dell'utero. 22|2|92, laparotomia, distacco di aderenze. Ablazione dei monconi delle 2 trombe divenuti cistici.	—	Miglioramento grande. Settembre 92, blenorragia e perimetrite, ritorna a S. Giacomo e vi resta a lungo. Riveduta spesso, l'ultima volta nel Febbraio 95, è molto anemica, soffre spesso di dolori, non può lavorare, non accetta di farsi togliere l'utero.

Gravidanze ectopiche.

Numero progr.	Nome e Cognome	Operazione	Esito prossimo	Esito remoto
47	Ermini Fortunata, 37 anni. Osped. S. Giovanni.	Gravidanza tubaria sinistra. Ematocele intraperitoneale Ablazione dell'annesso, rimossi i coaguli, lavata la pelvi e drenaggiata 25|9|89.	Guarig., esce dopo 40 giorni.	—
48	Tenti Lucia, 40 anni. Idem.	Gravidanza tubaria sinistra. Ematosalpinx. Ablazione dell'annesso 11|9|89.	Guarig., esce dopo 18 giorni.	—
49	Urbani Felicetta. Ospedale S. Giovanni.	Gravidanza tubaria destra. Aborto tubario. Ematocele intraperitoneale. Ablazione dell'annesso, rimossi i coaguli e drenaggiata la pelvi. 24|9|90.	Guarig., esce dopo 23 giorni.	—
50	Santini Emilia. Idem.	Gravidanza tubaria destra. Ematocele intraligamentoso e intraperitoneale. Ablazione dell' annesso destro e del legamento largo: rimossi i coaguli, drenaggio nella pelvi.	Guarig., esce dopo 31 giorni.	—
51	Barzocchi Geltrude, 30 a. Osp. S. Giacomo.	Gravidanza tubaria sinistra. Ematocele intraligamentoso. Ablazione dell'annesso e del legamento largo, drenaggio della pelvi. 21|2|92.	Guarig., esce dopo 21 giorni.	Dopo 15 mesi torna da me con emorragia discreta che dura da 8 giorni; la mestruazione ha tardato: si sente la tromba destra grossa e dolente, guarisce col riposo. Nell'Agosto 95 entra allo Osped. di S. Giovanni con gravidanza tubar. destra, è operata dal prof. Mazzoni, guarigione.

Castrazione per mioma.

Numero progr.	Nome e Cognome	Operazione	Esito prossimo	Esito remoto
52	Latini Carolina, 42 anni. Osp. S. Giovanni.	Mioma interstiziale dell'utero del volume di un pugno. Metrorragie gravi. Castrazione. 7|12|92.	Guarig., esce dopo 16 giorni.	Riveduta dopo 1 anno, utero piccolissimo, cessata ogni perdita di sangue.

Abbiamo dunque 52 operate da cui dobbiamo sottrarre 2 morte, 5 non più rivedute, 5 operate per gravidanza ectopica, 1 per mioma (in tutto 13), onde poter giudicare degli effetti terapeutici finali che la ablazione degli annessi produsse in queste donne malate di flogosi croniche.

Sulle 39 malate che rimangono troviamo che

Guarirono completamente		Migliorarono	Non guarirono
colla 1.ª operaz. i num. 3, 5, 6, 8, 11, 12, 15, 17, 18, 19, 20, 22, 26, 28, 30, 31, 32, 39, 41.	dopo una 2.ª o più operazioni i num. 10, 34, 42, 43, 44.	i num. 13, 21, 23, 25, 27, 37, 38, 45, 46.	i num. 4, 14, 16, 29, 35, 40.
19	5	9	6

ossia una metà circa guarì completamente dopo la prima operazione, e un'ottava parte dopo altre operazioni sicchè infine abbiamo che guarirono delle sofferenze su 39 inferme 24 = 61 °/₀, 9 migliorarono = 23 °/₀, 6 restarono malate e per le conseguenze tardive del male morirono 15 °/₀.

Avrei volontieri desiderato seguire un criterio etiologico nel raggruppare queste malate, per fornire così dati strettamente scientifici, esatti e paragonabili a quelli che da altri verranno d'ora in poi raccolti. Ma ciò mi fu impossibile non avendo potuto studiare batteriologicamente i miei casi, nè sarà anche tanto facile in avvenire.

Mi limito dunque, riportandomi alle categorie precedentemente stabilite a pag. 100, a questi pochi dati:

Piosalpinge bilaterale con ablaz. bilater. 20 casi { 1 morto; 3 non ritrovate; restano 16 { guarig. definit. primarie 8; guarig. definit. dopo altre operazioni 3; migliorate 2.

Piosalpinge bilaterale con ablazione unilaterale 1 caso — 1 guarigione

Piosalpinge unilaterale con ablazione unilaterale 3 casi { guarigione second. 1; migliorata 1.

Ablazione degli annessi per lesioni essenzialmente nervose 3 — nessuna guarig.

Salpingite bilaterale catarrale 6 casi { guarigioni definitive primarie 3; » secondarie 1; migliorate 2.

Salpingite unilaterale 10 casi . { 2 non rivedute; restano 8 { guarig. definitive primarie 6; migliorate 2.

Questi resultati non posso chiamarli altrimenti che mediócri, poichè non sono questi che desiderano le inferme che a noi si rivolgono.

Se altri, specialmente qualche anno fa, hanno pubblicato cifre più confortanti, non posso discuterlo: so però che le mie operazioni ebbero un decorso favorevolissimo, dirò quasi ideale dal punto di vista delle complicazioni post-operatorie.

È pure certo che fino ad oggi nessuno ha pubblicato cifre che riguardino operate da molti anni come le mie, ed è anche vero che molti sono già abbastanza contenti di veder salva l'inferma per preoccuparsi troppo delle sue sofferenze, e inclinano molto all'ottimismo. Ma io credo che se altri vorrà seguire le sue operate con altrettanta pazienza quanta io ne ebbi per le mie, e se vorrà considerare come guarite solo quelle che realmente non hanno più alcuna sofferenza e che possono attendere senza molestie alle loro occupazioni, forse troverà cifre che non saranno lontane dalle mie.

Voglio, oltre di ciò, notare che parecchie malate che operai sul principio erano già tanto sofferenti e il loro sistema nervoso già da così lungo tempo compromesso, che certamente molto si deve a loro se la statistica è apparsa alquanto triste. Le mie inferme erano tutte povere e costrette al lavoro per vivere o almeno ad attendere alle faccende domestiche.

Se consideriamo poi quali cagioni mantennero o rinnovarono le sofferenze, vediamo che furono quasi sempre riacutizzazioni o riaccensioni di flogosi pelviche aventi per punto di partenza l'utero o i monconi delle trombe asportate. Tolti i due annessi di solito l'utero si impiccolisce, e come ho constatato su 5 uteri asportati parecchi mesi dopo la salpingooforectomia, le fibre muscolari s'assottigliano, e la mucosa diventa uno straterello appena visibile: ma talora si constata che l'utero resta turgido, dolente, e poco diminuisce di volume, segni certi che l'infezione la quale s'è innicchiata nel suo parenchima ancora perdura.

Dalle mucose infette possono partire nuove esplosioni di infezione

che facilmente per i linfatici si propaga al peritoneo. Così pure i monconi delle trombe contengono germi che infettano le legature e divengono centro di peritoniti circoscritte con formazione di aderenze intestinali le quali talora formano un apparente e voluminoso tumore situato sui lati dell'utero. Specialmente nelle donne costrette al lavoro per vivere queste nuove infezioni sono frequenti, e quasi mai s'estinguono completamente. Altre volte si formano piccoli ascessi peripeduncolari o anche cisti per essudato tra le aderenze. Altre volte i dolori sono collegati a congestioni dell' utero nel periodo mestruale, e durano parecchi giorni finchè un' abbondante metrorragia solleva la inferma. Queste metrorragie si ripetono più facilmente in persone in cui rimasero dopo l'operazione tratti di tuba più o meno lunghi, i quali possono dilatarsi e formare piccoli tumoretti talora cistici come vidi nel caso 47.

Se esistano infiammazioni croniche dei nervi uterini e dei tronchi più grossi da cui questi si dipartono, non fu studiato, ma è un' idea che viene facilmente alla mente di chi vede donne con sofferenze di carattere puramente nevralgico.

I fatti osservati hanno portato una modificazione nelle mie idee.

Già nel 1892 in occasione di alcune operazioni di cui riferivo alla Società Lancisiana degli Ospedali di Roma, espressi l'opinione che la semplice ablazione degli annessi uterini non basti a guarire flogosi croniche della pelvi e che in molti casi si dovrà essere costretti ad eseguire un' *operazione complementare,* l' isterectomia vaginale, che di solito porta a guarigione, mentre l'aprire il ventre una seconda e una terza volta a ricercare avanzi delle trombe o degli ovai, il distaccare antiche e nuove aderenze, l'asportare i fili delle legature dei peduncoli, non riescono mai allo scopo, mentre sono gravi e pericolosi tentativi.

Allora era a mio credere giustificata l'operazione di Péan, la castrazione uterina, solo a scopo complementare e la difesi in quel senso. Più tardi questa operazione fu profondamente cambiata per l'aggiunta sistematica dell' asportazione degli annessi e come tale soddisfece a nuove e più ampie indicazioni. Oggi dopo osservazioni fatte per più anni continuate sugli stessi individui, sono venuto alla conclusione che in tesi generale l'operazione radicale delle flogosi pelviche debba consistere nell'asportazione vaginale dell'utero e degli annessi se è possibile.

Data una lesione bilaterale delle trombe e delle ovaie, e stabilito come necessario l'intervento operativo, l'operazione più logica e più sicura è l'isterectomia vaginale, la quale, per lo meno non più grave della laparotomia, ci porta a risultati più sicuri. Essa inoltre evita la cicatrice addominale, e il pericolo delle ernie consecutive che per me furono 4 su 52 casi e che tutti gli operatori hanno veduto prodursi, qualsiasi fosse il metodo di cucire le pareti ferite.

Tolto l'utero e con esso tutte le possibili sorgenti di nuove infezioni, i disturbi mestruali, le sensazioni nervose specialmente moleste alle giovani donne, le secrezioni ostinate e che richiedono lunghe cure successive, possiamo veramente parlare di una cura radicale.

È perciò che l'operazione di Péan e Segond così ardentemente difesa in Francia dagli autori, da Doyen, da Baudon e da altri, oggi si diffonde sempre di più anche in Germania. Essi hanno provato colla statistica che le operate coll'asportazione totale dalla vagina non danno mortalità maggiore delle operate di laparotomia e che i risultati finali sono ottimi. Per strada opposta giunto ad uguale risultato credo di aver dato la controprova della verità di un assioma, che deve esser formulato così: *quando è indicata l'ablazione bilaterale degli annessi si tolga l'utero insieme con essi per la vagina.*

Questo assioma non soffre eccezioni per la tubercolosi delle tube.

Fra le mie operate una sola aveva tubercolosi, e che, mancando ogni altra lesione, devo ritenere come primaria. La donna guarì bene. Pure avendo veduto in donne operate da altri, sopravvenire in seguito disturbi uterini, fistole addominali inguaribili, e avendo esaminato un utero asportato per la via vaginale dopo che alcuni mesi prima erano state tolte le tube, e avendo riscontrato una tubercolosi diffusa di tutto l'endometrio, credo che sarebbe utile ogni volta che si ha da fare con tubercolosi genitale bilaterale *operabile* e diagnosticata, fare l'ablazione totale per vagina dei genitali interni, e qualora la lesione sia riscontrata solo accidentalmente nel corso dell'operazione e non fu prima diagnosticata, credo sia opportuno far seguire a pochi giorni d'intervallo l'isterectomia vaginale per garantirsi da infezioni che potessero aver preso sede nella mucosa dell'utero o che potessero diffondersi dai monconi delle tube malate.

L'uso del termocauterio mi sembra molto raccomandabile, come per l'ablazione dell'utero canceroso.

II. Ascessi pelvici.

Le infiammazioni pelviche originate da lesioni dell' utero e che richiesero una laparotomia furono 6.

Numero progr.	Nome e Cognome	Diagnosi e cura	Esito	Osservazioni
53	Suannini Zelinda, 21 anni. Osped. S. Giovanni.	Parametrite. Ascesso nella fossa iliaca destra (puerperale). 1|12|90, laparotomia laterale, incisione e drenaggio. Idem nel lato sin. 16|1|91, operazione sopra.	Guarig., esce dopo 2 mesi e 6 giorni.	Riveduta 4 anni dopo in perfetto stato.
54	Di Mauro Michelina, 32 a. Idem.	Parametrite supp. a sin. (puerperale). 8|10|90, laparotomia lat., lavanda e drenaggio.	Guarig., esce dopo 45 giorni.	—
55	De Benedetti Domenica, 39 anni. Idem.	Ascesso pelvico retrouterino comunicante col retto (puerperale). 20|12|90, laparotomia mediana, lavanda e drenaggio.	Guarig., esce dopo 43 giorni.	Riveduta dopo 3 anni in ottimo stato.
56	Albini Ottavia, 22 anni. Idem.	Parametrite sin. supp. (infez. gonorroica). 22|7|90, laparotomia mediana, drenaggio.	Guarig., esce dopo 39 giorni.	—
57	N. N. Idem.	Parametrite destra supp., sepsi grave (infez. gonorroica), laparotomia later. 25|10|90.	Morte per la preesistente setticemia dopo 6 giorni.	—
58	Chiatti Violante. Idem.	Parametrite cronica, laparot. mediana esplorativa, puntura di 2 cisti sierose e vuotamento di un' altra cisti dal fornice post. della vagina 17|9|89.	Morte per cloroformio dopo 3 giorni e 14 ore.	—

III. Retrodeviazioni dell' utero.

Fra le inferme che vidi con spostamenti dell'utero, 14 furono operate di fissazione mediante laparotomia, e 9 furono curate coll'operazione di Alexander.

Ma tra le 14, furono già riportate 7 tra le operate di ablazione degli annessi (N. 11, 12, 26, 27, 34, 37, 42) e queste non saranno considerate come appartenenti propriamente alla categoria degli spostamenti uterini, poichè le lesioni degli annessi era tale che dominava

nel quadro morboso, e la riposizione dell' utero, dopo tolte le trombe e le ovaie, diventava un fatto secondario.

Il piccolo numero delle operazioni dipende dalle convinzioni che l'esame di molte donne ha fatto sorgere nel mio animo, che cioè la più gran parte delle inferme che si rivolgono a noi e nelle quali troviamo una retrodeviazione dell' utero non abbisogna, per guarire, che l'utero sia rimesso in posizione fisiologica.

È un argomento che merita molto studio clinico accurato e che probabilmente un giorno verrà altrimenti discusso che non oggi, trascinati come siamo dagli esempi e dagli insegnamenti di clinici illustri, i quali curano operativamente quasi tutti gli spostamenti posteriori dell'utero.

Eppure l' osservazione giornaliera ci fa scoprire tante volte che flessioni e retroversioni che decorrono assolutamente silenziose, e se non contenti di questo grossolano reperto studiamo l' inferma attentamente, non di rado ci vien fatto di trovare altrove che nell' utero la ragione delle sue molestie. Non oso venire alla conclusione estrema che la retroflessione e la retrodeviazione dell'utero, di per sè come fatto meccanico non vengano accompagnate da sintomi, ma sostengo almeno questo principio che l' intervento operativo, o la cura ortopedica sono ben di rado necessarie.

Di solito i disturbi delle inferme in cui troviamo una retrodeviazione sono dati da metrite cronica, da lacerazioni del collo, da stati flogistici delle tube e del peritoneo, molto spesso anche da stati nervosi, tutte condizioni cui possiamo porre riparo mediante altra cura che non l'applicazione di un pessario o la fissazione dell'utero, e che persistono quando questo fu raddrizzato. L'applicazione sistematica del pessario nelle retrodeviazioni mi pare un errore, e tanto più quando sono complicate da altre lesioni. Specialmente in organismi nevropatici la cura ortopedica può esser sorgente di danni suggestionando le donne al punto che poi neppure l'operazione inutile riesce a convincerle che il loro male non va curato dal chirurgo.

Fui quindi riservatissimo nell' intervento e lo sono tutt'ora, vedendo che molte donne con retroflessione e retroversione si curano bene senza pessari e senza operazioni.

Ma quando mi sembrò vana ogni cura aspettante e mi decisi ad un intervento, lo feci sempre senza molestare prima le donne col pes-

sario e perchè convinto che se vogliamo riporre a posto l'utero che crediamo causa di malanni, dobbiamo farlo in modo radicale e sicuro, e perchè nelle mie inferme, tutte povere, mi parve più dannoso l'uso del pessario che non un'operazione.

In un altro mio lavoro (« Sull'operazione di Alexander e sulla laparoisteropessia, » 1890) discussi le indicazioni che per me valevano a determinarmi alla laparotomia o piuttosto al raccorciamento dei legamenti rotondi, e a queste mi sono attenuto anche nel tempo che si riferisce alle presenti operazioni.

L'utero fisso da aderenze, e l'utero mobile non voluminoso furono riservati alla laparotomia.

Per fissare l'utero alla parete addominale, faccio una piccola incisione mediana sufficiente per esplorare il piccolo bacino. Trovato l'utero, staccate le aderenze cautamente col dito, afferro il fondo con una pinza di Martin sottile, e lo porto bene avanti verso il pube. Allora lo suturo al peritoneo e ai muscoli applicando vari punti di seta, e cioè uno per lato sotto le corna uterine, uno sul fondo e quattro altri sulla parete anteriore: per essi l'utero prende ampio contatto colla parete addominale e non resta tra la sua faccia anteriore e il peritoneo parietale spazio alcuno in cui possa discendere un'ansa d'intestino. Ogni punto attraversa il parenchima uterino, il peritoneo e i muscoli retti, ed è applicato in modo che entrando e riescendo i due capi uno vicino all'altro, non comprende il margine dell'incisione peritoneale, sicchè è possibile fare la sutura completa del peritoneo, cui garantisce di più da ernie consecutive.

I casi così operati sono i seguenti:

Numero progr.	Nome e Cognome	Operazione	Esito prossimo	Esito remoto
59	Orlandi Criselda, 30 a. Osp. S. Giovanni.	Retroflessione completa e fissa dell'utero. Isteropessia 2|9|89.	Esce guarita dopo 22 giorni.	Dopo 2 anni di completo benessere, entra nell'Osp. di S. Giovanni nell'Agosto 91 gravida all'8.° mese circa e muore per tumore cerebr.
60	Schiavoni Elvira, 19 a. Osp. S. Giacomo.	Retroversione completa fatta dell'utero. Isteropessia 3|10|91.	Guarig., esce dopo 23 giorni.	15|4|95, in ottimo stato, utero in buona posizione, ha partorito a termine, senza incidenti, la gravidanza fu assai dolorosa.

Numero progr.	Nome e Cognome	Operazione	Esito prossimo	Esito remoto
61	Pagliri Regina, 37 anni. Idem.	Retroflessione mobile, l'utero assai grosso. Isteropessia 20|12|91.	Guar., resta a lungo nell'Ospedale per la cura della metrite.	Divenne gravida il 15|9|92. partorì a termine, senza fastidi, gravidanza buona, stato presente buono (osservazione del dott. Poggi in Olevano).
62	Belli Giuseppina, 30 anni. Idem.	Retroflessione mobile. Metrite cronica. Isteropessia 9|1|92.	Guarig., esce dopo 25 giorni.	Riveduta spesso, ha sofferto di tanto in tanto dolori per esacerbazione della metrite, presentemente (Luglio 95) ha una piccola ernia nell'angolo sup. della cicatrice, l'utero grosso e in buona posizione, un poco mobile.
63	Girolami Rosaria, 47 anni. Idem.	Retroflessione e retroversione mobile, ipertrofia dell'utero. Isteropessia 5|2|92.	Guarig., esce dopo 1 mese.	Nel mese di Agosto ha avuto fenomeni di ostruzione intestinale guariti colla cura medica, presentemente sta benissimo.
64	Dei Santi Angela, 23 anni. Osped. S. Giovanni.	Ipertrofia della porzione sopravaginale dell'utero e prolasso completo. 5|12|89, amputaz. sopravaginale del collo, colporraf. ant. e post. 14|12|89, isteropessia.	Esce guarita dopo lunga permanenza nell'Ospedale perchè epilettica.	Non ho avuto più notizie.
65	Tabini Luigia, 48 anni. Idem.	Prolasso completo dell'utero retroflesso. 10|8|89, isteropessia. 17 8|89, perineorafia.	Esce guarita dopo 28 giorni.	Dopo 3 mesi, utero fisso, la parete vaginale post. tende a prolassare. 10|11|89, torna all'Ospedale con fenomeni di ostruzione intestinale, ed è posta nella sezione medica, dopo 4 giorni sono chiamato a operarla: laparotomia, distacco di aderenze fra 2 anse del tenue, torte una sull'altra: l'operazione dura 15 minuti, l'inferma muore poco dopo per collasso.

Sebbene pochi, questi casi offrono un certo interesse come contributo agli esiti lontani. Tre donne divennero gravide dopo l'operazione. Il N. 59 partorì all'8.° mese. Era affetta da tumore cerebrale, e il parto avvenne due giorni prima della morte, presente il prof. Pasquali. Inavvertiti passarono i sintomi prodromici del parto ed il periodo di dilatazione. Nel periodo di espulsione, egli notò che le contrazioni uterine si ripetevano con ritmo fisiologico, normali per durata ed intensità: nell'acme della contrazione la sezione pubo ombellicale della parete addominale parevasi deprimesse un poco, quasi avvicinandosi al sotto-

stante utero. Secondamento e retrazione dell'utero, normali. Dall'esame del feto egli calcolò che il parto era avvenuto circa nella 35.ª settimana di gestazione.

Alla sezione si constatò un' adesione tra utero e parete addominale, a forma triangolare colla base in alto, lunga 65 mm., l'aderenza non teneva l'utero fermamente addossato alla parete, ma aveva aspetto di un ponte rilasciato. La parete post. dell'utero era più sviluppata dell'anteriore.

Le altre due ebbero un parto regolare, ma il N. 60 ebbe dolori continui nella gravidanza.

Basterebbero già questi tre casi a provare che la ventrofissazione non può impedire lo sviluppo dell'utero gravido, ma molti altri furono finora pubblicati: essi provano anche che non sempre la gravidanza potrà decorrere indifferente e quindi, senza però dar troppo peso a questo inconveniente, è bene conoscerlo.

Gli altri inconvenienti molte volte discussi, se la vescica risenta o no danno dalla posizione fissa dell'utero, e che non è una posizione fisiologica quella che noi diamo al viscere, sono idee frutto di speculazioni teoretiche che l'esperienza ha completamente respinto.

Ma quest'operazione è veramente efficace? Dobbiamo considerare due punti della questione.

Primo: l'utero resta nella nuova posizione? Nelle mie inferme il risultato prossimo e remoto fu tale da permettermi di dire di sì. Solo che l'utero, dopo un certo tempo, non è più rigidamente fisso alla parete; esso acquista una certa mobilità in modo che il fondo sembra piuttosto appeso che adeso in superfice; ciò deriva dal fatto che le aderenze simperitoneali si distendono, si allungano: nel caso N. 65 che morì di occlusione intestinale, sopravvenuta tre mesi dopo l'operazione, per antiche aderenze tra due anse del tenue (la donna aveva un'antica ernia crurale a destra), constatai alla sezione che lungo la faccia anteriore dell'utero e sui due corni le aderenze avevano preso forma di legamenti resistenti, larghi 2-3 mm.: lo stesso vedemmo nel caso 26 (vedi pag. 113) operato anche di ablazione di un annesso e che perciò ho annoverato tra le salpingectomie, ma che per quanto riguarda la statica dell' utero fornisce punti degni di considerazione. Allorchè dopo circa un anno fu operata di nuovo per ernia ventrale, l'utero si vedeva anteverso, appeso alla parete anteriore dell'addome mediante

tre striscie simili a legamenti, lunghe tanto da permettergli sufficienti movimenti. Invece nel caso N. 59, che morì di tumore cerebrale dopo 2 anni dall'operazione, l'adesione era forte, in vasta superficie e non distesa a forma di bandella.

Secondo: guariscono le donne dai disturbi per cui s'operarono? Io devo rispondere che se questi disturbi sono puramente meccanici la guarigione completa è certa: ma se vi si uniscono fenomeni dolorosi, dipendenti o da metrite o da lesioni annessiali, questi sono poco o niente influenzati dalla cambiata posizione dell'utero. Così nei due casi 62 e 63, nei quali l'utero era grosso e spesso soggetto a congestioni dolorose, l'utero è rimasto tale qual'era, e le congestioni si riaffacciano quantunque la statica sia oggi perfetta. Ciò provano anche i 7 casi in cui fissai l'utero all'addome dopo aver asportato uno o ambedue gli annessi: come si vede nella tabella 1.ª, alcuni di essi hanno ancora dolori.

È perciò che ho per me elevato a regola che *nei casi complicati da lesioni annessiali bilaterali che richiedono l'intervento, questo debba essere sempre l'ablazione completa dell'utero e annessi, dalla vagina; mentre limito l'isteropessia ai soli e rari casi privi d'ogni complicazione e che s'impongono per disturbi meccanici,* sicuro che gli altri poco o nulla risentono dal cambiamento di posizione dell'utero.

È naturale che all'isteropessia debba precedere una cura della metrite, e debbano seguire operazioni complementari, quali plastiche sul collo, nella vagina e sul peritoneo.

L'operazione di Alexander, che non richiede l'apertura del ventre, dovrebbe esser considerata a parte dopo le laparotomie, ma per conservare l'unità nell'argomento, riporterò qui i casi che ho curato in questo modo:

Numero progr.	Nome e Cognome	Operazione	Esito prossimo	Esito remoto
66	Tamburini Maria, 26 anni. Osped. S. Giacomo.	Retroflessione mobile dell'utero. Operaz. Alexander tipica 26|2|89.	Guarig., esce dopo 1 mese.	Luglio 90, ha partorito a termine senza disturbi, utero in buona posizione. Ha avuto poi una seconda gravidanza con parto a termine, normale, ma non potei rivederla.

Numero progr.	Nome e Cognome	Operazione	Esito prossimo	Esito remoto
67	Palomba Maria, 47 anni. Osp. S. Giovanni.	Retroflessione mobile dell'utero. Utero assai grosso e flaccido. Operaz. tipica il 11|5|89.	Guarig., esce dopo 11 giorni.	Dopo 2 mesi, utero molto grosso, anteverso., il fondo non sta immediatamente dietro il pube, la donna non ha più dolori.
68	Rotelli Anna, 23 anni. Idem.	Retroflessione mobile. Utero assai grosso. Operaz. tipica il 10|8|89.	Guarig., esce dopo 12 giorni.	Dopo 1 mese, utero grosso, anteverso, il fondo sta come nel caso precedente, la donna sta benissimo. Dopo 6 anni circa (10|7|95) è stata sempre bene fino a 2 mesi fa: ora ha segni di gravidanza e soffre dolori di ventre. utero grosso, molle, completamente retroverso, dolente.
69	Maggi Rosa, 21 anni. Idem.	Retroflessione mobile. Endometrite blenorragica. 5|10|89, raschiamento e disinfezione della cavità uterina. Operaz. di Alexander.	Guarig., esce dopo 17 giorni.	Marzo 90, ottimo stato, utero in posizione, quale subito dopo operata.
70	Del Ticco Giuditta, 24 anni. Idem.	Retroversione e incompleta flessione. Ovarite cronica. Fenomeni nervosi riflessi. Operaz. Alexander modificata 27|11|89.	Guarig., esce dopo 27 giorni.	Utero in ottima posizione, disturbi nervosi soltanto diminuiti; dolori sacrali e agli inguini cessati.
71	Sobrini Rosa, 27 anni. Idem.	Retroflessione mobile. Prolasso della parete vaginale ant. Operaz. di Alexander modificata, colporrafia ant. 27|10|89.	Guarig., esce dopo 14 giorni.	Agosto 90, utero in ottima posizione. Luglio 95, racconta che ha partorito nel Novembre 92, a termine, la gravidanza fu buona: ha partorito una seconda volta senza disturbi il 2|5|95.
72	Penater Ersilia, 37 anni. Idem.	Retroflessione mobile. Endometrite, prolasso incipiente della parete vaginale post., lacerazione incompleta del perineo. 4|10|90, raschiamento dell'utero. Operaz. di Alexander modificata.	Guarig. di prima intenzione, l'inferma resta all'Osp. per lesioni polmonari.	Ha rifiutato altre operazioni complementari: dopo 6 mesi l'utero è in ottima posizione.
73	Giareti Chiara, 27 anni. Osp. S. Giacomo.	Retroflessione mobile. Operazione Alexander modificata 28|5|91.	Guarig., esce dopo 19 giorni.	Utero in buona posizione, cessati i dolori sacrali e lombari.
74	Cola Giovanna, 29 anni. Idem	Retroflessione mobile. Operazione Alexander modificata.	Guarig., esce dopo 20 giorni	Dopo 6 mesi, utero mobile, lievemente destroverso, cessati i dolori, inguine destro dolente: nel tossire sporge: perciò riapro la cicatrice e suturo i muscoli al legamento di Pupart per evitare una possibile ernia. Luglio 95, in ottimo stato, non ha dolori: l'utero si trova in buona posizione.

Dunque su 9 casi seguiti per mesi e fino a 6 anni non ci fu alcuna recidiva immediata: il N. 68 dopo 6 anni di benessere, divenne gravida e l'utero ricadde indietro: partorirono due volte, senza che ne risentisse danno la posizione dell'utero, i N. 66, 71.

Sono fatti sufficienti per fare accettare questa operazione, la quale potrà sempre dare buoni risultati, qualora si riservi ai casi in cui l'indicazione è bene stabilita. Certo è che le indicazioni sono limitate, e per questo essa non può dichiararsi *quale operazione universale* delle retrodeviazioni.

L'accorciamento dei legamenti rotondi è efficace per uteri piccoli, ben mobili: se il peso del viscere è troppo notevole meglio è fissarlo alla parete del ventre. Tuttavia operando con una modificazione che ho cinque volte messa in pratica (1) si può mantenere anteflesso anche un utero discretamente pesante.

Volendo eseguire questa operazione procedo così: 1.° tempo, *ricerca dei due cordoni.* Il taglio cutaneo deve seguire il tragitto inguinale: perciò partendo dalla spina del pube, o, il che è lo stesso, dall'orificio inguinale esterno, si volge in alto un poco deviando dalla direzione dell' arcata crurale, per 7 cm. Scoperto l'orificio esterno del canale inguinale, si incide l' aponevrosi del grande obliquo per tanto quanto è necessario a scoprire l'orificio inguinale interno: allora è facile trovare il cordone rotondo, sollevando in massa tutto il tessuto che riempie il canale, con l' indice e il pollice della mano sinistra: in mezzo a questo tessuto si sente scivolare tra le dita il cordone perchè liscio e resistente: afferratolo con una pinza si denuda per alcuni centimetri dal connettivo che lo involge seguendolo fino all'orificio interno. Coperta la ferita, si ripete dall'altro lato la stessa operazione; — 2.° tempo, *raddrizzamento dell'utero.* Ora è il momento di ridurre l'utero e di mantenerlo fisso dietro il pube, in esagerata antiversione, e perciò si raddrizza con una sonda che si affida ad un assistente; — 3.° tempo *accorciamento e fissazione dei cordoni.* Scoperti i due legamenti, e raddrizzato l'utero, tiro i due legamenti con una certa energia finchè vedo comparire nel canale inguinale l'infundibolo formato dal peritoneo parietale che il cordone si tira seco: apro allora attorno attorno al cordone il

(1) V. l'altro mio scritto sullo stesso argomento, pubblicato nel *Bollettino della Società Lancisiana* di Roma, Aprile 1890.

peritoneo e lo distacco per piccolo tratto dal cordone in modo che questo diventa libero e mobile sicchè ogni trazione fatta su esso non si perde sul peritoneo, ma agisce direttamente sul fondo dell'utero: inoltre la trazione fa comparire nell'apertura del peritoneo un tratto di legamento largo. In questo momento passo due fili attraverso i margini dell'anello inguinale interno, comprendendo il tratto di legamento largo apparso, e il cordone denudato. Così la fissazione è fatta non solo dal cordone rotondo in un punto dove è spesso e resistente, ma da una pagina peritoneale, che provvede a più ampie adesioni. — 4.° tempo, *sutura del canale inguinale,* a punti staccati come nella cura radicale dell'ernia, comprendendovi il cordone rotondo cui è stato escisso il tratto esuberante; infine sutura della cute senza drenaggio.

I risultati ottenuti con questo processo si sono mantenuti, ed io sono convinto che possa bastare anche per sostenere uteri pesanti. Il professor Mazzoni ha avuto occasione di praticarlo e con esiti lontani felici.

Come nell'isteropessia, così nell'accorciamento dei legamenti rotondi si devono curare altre lesioni che spesso accompagnano la retrodeviazione, e sopratutto si unirà ad esso con successo la colporrafia posteriore e la perineorrafia quando occorre. Queste operazioni le ho praticate quasi sempre nella stessa seduta senza alcun danno per le inferme.

Io sono convinto che l'operazione di Alexander non debba essere abbandonata e che applicata nei casi adatti corrisponda egregiamente. Recidive isolate che potessero avvenire non parlano contro: anche coll'isteropessia alcuni operatori hanno avuto qualche resultato non durevole.

Sui metodi di fissazione vaginale dell'utero non ho potuto raccogliere finora alcun dato personale, ma la mia tendenza non è certo di accettarli senza discussione, specialmente quel metodo per cui l'utero viene direttamente cucito alla vagina dopo averlo cavato dal peritoneo (Schauta e altri). Una gravidanza parrà impossibile per la torsione che subiscono le tube, e quello che possa nel corso di essa avvenire nessuno ancora sa. Da questo punto di vista dunque l'Alexander merita grande considerazione, e se *come io propongo vorrà adottarsi anche nei casi di retroflessione fissa, dopo staccate le aderenze da un' incisione del fornice posteriore* essa troverà un più largo campo di applicazione.

IV. Neoplasie degli annessi e del peritoneo.

Numero progr.	Nome e Cognome	Operazione	Esito prossimo	Esito remoto
75	Rognoni Domenica, 46 anni. Osped. S. Giovanni.	Adenoma cistico dell' ovaio destro, rotto spontaneamente, pseudomixoma del peritoneo, peritonite. Cisti dermoide del legam. largo sin. Prolasso dell'utero. 30 |3|89, asportaz. dei 2 tumori, lavanda del peritoneo, isteropessia.	Morte dopo 3 giorni per sepsi acuta.	—
76	Ravieri Zelinda, 23 anni. Idem.	Cisti dermoide suppurata, sinistra aderente. 14|4|89, spaccamento mediano del tumore e vuotamento. 18|6|89 laparot., distacco delle aderenze e asportaz. del tumore, tampon. del ventre.	Guarig. completa.	Riveduta nel Giugno 91, gravida al quinto mese, con ernia della cicatrice nell'angolo infer. Operata radicalmente, guarisce e partorisce a termine. L'ernia non si è riprodotta (Febbraio 92).
77	Berluti Maria, 22 anni. Idem.	Tumore ovarico aderente. 1|7|89, laparot. mediana, escissione di parte del tumore, tamponamento del resto.	Guarig., esce il 22|12|89.	La guarig. fu disturbata dopo 3 mesi, da una difterite della ferita granulante che richiese ampio spaccamento. Cauterizzazione, e dopo ottenute buone granulazioni sutura di tutto il ventre. Giugno 91, eventramento, cura radicale nell'Osped. di S. Giacomo, guarig.
78	Graziani Maria, 25 anni. Idem.	Cisti ovarica supp. da sepsi grave. 22|8|89, ovariotomia, tampon. del ventre.	Guarig., esce il 15|9|89.	Riveduta nel Febbraio 95: in ottimo stato, cicatrice solidissima.
79	Saccardi Natalina, 31 anni. Idem.	Cisti dermoide dell'ovaio destro, torsione del peduncolo. Gravidanza al quarto mese. Ovariotomia 9|12|89.	Guarig., esce il 13|1|90.	—
80	Reboani Francesca, 54 anni. Idem.	Sarcoma ovarico bilaterale. Occlusione intest. (per compressione del retto). 12|12|89, asportaz. dei 2 tumori.	Guarig., esce il 22|12|89.	Dopo 2 mesi recidiva nel grande omento (rifiuta altra operazione).
81	Castiglioni Annunziata, 39 anni. Idem.	Carcinoma dell'ovaio destro. 7|1|90, laparotomia esplorativa.	Guarig. operatoria, esce il 20|1|90.	Morta dopo 2 mesi.
82	Mancini Vincenza, 43 anni. Idem.	Cisti del legam. largo destro a contenuto ematico. Metrorragie gravi. 20|9|90, asport. del tumore e del legam. largo destro.	Guarig., esce il 6|10|90.	—
83	Santi Angela, 70 anni. Idem.	Cistoma dell' ovaio destro. 19|10|89, ovariotomia.	Guarig., esce il 31|10|89.	Maggio 95, vive in buona salute.

Numero progr.	Nome e Cognome	Operazione	Esito prossimo	Esito remoto
84	Ridolfi Maria, Osped. S. Giacomo.	Cisti intraligamentosa a sin. 30|7|91, enucleaz., drenaggio con garza iodof.	Guarig., esce il 30|8|91.	—
85	Franci Corinna, 28 anni. Idem.	Cisti ovarica destra. Gravidanza alla fine del quarto mese. Ovariotomia 4|9|91.	Guarig., esce il 17|9|91.	Partorì a termine senza disturbi.
86	Raus Giovanna, 35 anni (in casa).	Cisti ovaio destro. 10|2|90, ovariotomia, ablazione dell' altro annesso.	Guarig. in 15 giorni.	—
87	Leoni Margherita, 34 anni. Osped S. Giovanni.	Cisti intraligamentosa a destra. 22|7|89, enucleaz.	Guarig. operatoria.	Nel decorso post-operatorio sopravenne bronco-polm. nel lobo medio polm. destro, seguita da gangrena. Malgrado un' ampia apertura del polmone, morte un mese dopo l'operazione.
88	Caronte Maria, 30 anni. Osp. S. Giacomo,	Sarcoma molle dell'ovaio destro con invasione del fondo dell'utero 24|9|91, ablaz. del tumore e dell'utero insieme coll' annesso sin., resezione dell' uretere destro e sutura del capo centrale nella ferita addominale.	Guarig. 1|11|91.	L' inferma sta bene (1895), l'uretere legato, si obliterò senza che sorgesse alcuna molestia.
89	Santangelo Maria, 35 anni. Idem.	Enorme cisti del legamento largo destro papillifera. 6|10|91, asportazione.	Guarig., esce il 21|11|91.	Operazione gravissima, complicata da asportazione di porzione del diaframma, e da aderenze fibrose. La donna era stata punta 184 volte.
90	Buratti Angela, 38 anni. Idem.	Cisti ovaio destro papillifera. Torsione del peduncolo. Ascite. 23|12|91, ablazione del tumore e dell'annesso sin.	Guarig., esce il 10|1|92.	Sull' omento e sul peritoneo parietale esistevano nodi di riproduzione che furono in parte escissi. Riproduzione diffusa e morte dopo 6 mesi.
91	Bianchi Virginia, 26 anni. Idem.	Cisti ovariche bilat. a sviluppo sottolegamentoso. 31|12|91, ablaz. dei 2 tumori coll' utero.	Morte il 3|1|92 per sepsi.	—
92	Vera Cleofe, 26 anni. Idem.	Cisti ovaio destro suppurato e aderente. Asportazione 16|3|92.	Guarig. 1|5|92.	La cisti si ruppe durante la operazione e si versò pus nel ventre in quantità, lavanda e toilette accurata e drenaggio con garza iodof.
93	Mariotti Angela, 67 anni. Idem.	Cisti sierosa del peritoneo nella regione epigastrica. 18|4|91, ablazione.	Guarig., esce il 2|5|91.	—
94	Torregiani Luigia, 57 anni. Idem.	Sarcoma dell'omento, diffuso a tutto il periton. 30|8|91, laparot. mediana. Ablaz. parziale del tumore.	Guarig., esce il 21|11|91.	Morì nell' Osp. di S. Spirito sul principio del 92: il dottor Dronisi comunicò il caso alla Soc. Lancisiana (vedi anno XII) e stabilì che si trattava di un *sarcoma endoteliale primitivo* del peritoneo.

Ho pochi casi di queste malattie, poichè salvo in circostanze urgenti, all'epoca in cui cominciai il mio esercizio a S. Giovanni, per molte ragioni non si potevano operare tumori del ventre, e s'inviavano di solito in altri ospedali. Ciò spiega perchè quasi tutte le inferme si trovavano in grave stato.

La tabella dà in breve l'elenco dei malati e delle operazioni eseguite: come fatti degni di nota rilevo i seguenti:

La inferma N. 83 aveva 70 anni, la circonferenza del ventre a livello dell'ombellico misurava m. 1,80. L'asportazione del tumore fu benissimo sopportata e la donna lasciò l'Ospedale dopo 12 giorni: operata nel 1890 vive ancora è in buona salute.

Due cisti ovariche furono operate durante la gravidanza, e cioè il N. 79 al 4.° mese, ed il N. 85 al principio del 5.°: in ambedue i casi la gravidanza continuò senza disturbi. Posso dire che tranne pochi casi, negli altri l'operazione fu fatta d'urgenza: infatti nel N. 75 la cisti era rotta, e la donna con enorme versamento peritoneale fu operata in grave stato: il peritoneo era tappezzato da una massa collosa uniforme (pseudomixoma del peritoneo): la donna morì di sepsi al 3.° giorno. Tre volte (N. 76, 78, 92) la cisti era suppurata e fortemente aderente, due volte (N. 79, 90) il peduncolo era torto e aveva dato luogo a gravi fenomeni generali e locali; due volte (N. 88, 91) i tumori ovarici avevano invaso l'utero per cui fu necessaria l'asportazione totale di questo. Il N. 80 fu operato per occlusione intestinale. Nel caso N. 77 le aderenze furono talmente salde che non fu possibile vincerle e si dovè curare il tumore resecandone una parte e raschiando il fondo della parte rimasta; nel caso N. 89 la donna aveva avuto la pazienza di farsi pungere 184 volte dall'Aprile 1886 al Settembre 1891, e come risulta dalle note accurate prese ogni volta dal marito, erano stati estratti in tutto 1050 litri circa di liquido. Degna di essere ricordata accanto a Mary Dawkins e a Mary Page, di cui la pietra sepolcrale nel camposanto di Ramsey in Hampshire e a Bunhill Fields ricorda che furono punte 46 e 60 volte (Tait). Per asportare questo tumore convenne aprire il ventre dall'apofisi ensiforme al pube: le aderenze fibrose e generali furono staccate colle forbici: si scoprì così l'aorta e la vena cava, dalle quali fu isolato il tumore pazientemente: in alto a destra aderiva alla faccia inferiore del fegato respinto a sinistra, e alla porzione costale del diaframma: io avevo intenzione di lasciare un tratto della parete

aderente a queste parti, ma poichè la superficie interna della cisti era piena di vegetazioni, mi convenne asportare porzioni del diaframma a destra e col Paquelin separare il fegato dal tumore. La ferita del diaframma fu solo in parte chiusa poichè non giungevo a suturarla, e nel resto tamponata con garza jodoformica. Il fondo del ventre sanguinante per le aderenze distaccate fu tamponato con compresse calde. La donna stette in gravissimo collasso due giorni, poi migliorò e guarì completamente. Due anni dopo l'operazione non aveva recidiva e stava benissimo.

Importante fu l'osservazione N. 88: si trattava di un enorme sarcoma dell'ovaio destro, che aveva invaso il fondo dell'utero ed in parte era cresciuto al disotto del legamento largo: dovei fare l'ablazione completa dell'utero e degli annessi, e poichè nella massa del tumore correva l'uretere destro, dovei reciderlo presso all'articolazione sacro-iliaca destra; il moncone centrale fu legato e fissato all'angolo superiore della ferita, collo scopo di fare più tardi la nefrectomia se sorgesse una fistola o disturbi a carico del rene. Ma non ci fu alcun incidente. Il rene non dette segno di alcun disturbo; probabilmente seguitò e si completò il processo di atrofia già iniziatosi per la compressione del tumore sull'uretere.

Nel capitolo dei tumori ovarici è stato già tanto scritto e studiato, e la casuistica ha preso tali proporzioni che è difficile dire qualche cosa di personale. Perciò mi sono limitato all'esposizione dei casi: desidero fermarmi un poco sul N. 79 per le difficoltà diagnostiche e l'errore cui dette luogo. L'inferma, di anni 31, aveva avuto tre parti a termine, l'ultimo 18 mesi prima. Nell'ultima gravidanza, giunta al 4.° mese fu presa all'improvviso da gran dolore nel fianco destro, poco sopra la spina iliaca, seguito da vomito e da diarrea e da urine scarse: in 24 ore si calmarono i disturbi.

Fu portata nell'Ospedale di S. Giovanni la notte del 3 Dicembre 1889, perchè da tre giorni aveva dolore nel fianco destro, vomito, scarsa urina, e impossibilità di emettere aria o feci. La donna racconta di essere gravida di 4 mesi e di essere stata sempre bene fino a tre giorni prima quando improvvisamente l'aveva assalita il dolore nel fianco come già durante la precedente gravidanza.

Il ventre era meteorico, dolentissimo a destra e non si poteva palpare, il polso era piccolo, e l'ambascia estrema. Credei opportuno di

farle due iniezioni di morfina e di applicare ghiaccio sul ventre. La mattina appresso era molto migliorata, aveva emesso aria dal retto, il dolore era diminuito. Il giorno dopo potei palpare il ventre e sentire che nel fianco destro al disopra della spina iliaca era un tumore superficiale, più grosso di un pugno, reniforme, liscio, mobilissimo. Potevasi spingerlo da ogni lato, e in alto fin nella fossa lombare dove si approfondava e scompariva quasi completamente: dalla vagina non si poteva raggiungere, nè si palpava l' annesso destro. Io pensai che si trattasse di un rene destro mobile e spiegai l'attacco improvviso di dolori nella precedente gravidanza e quello che io avevo visto, come dovuto ad una torsione dell'uretere e dei vasi renali, e quindi a ritenzione di urina e a tumefazione del viscere, il che era tanto più facilmente ammissibile data una sì grande mobilità del tumore. Questa così detta incarcerazione del rene già nota da gran tempo fu di recente constatata anche durante un' operazione da Tuffier. Studiando ancor meglio il tumore nei giorni successivi osservavo che diminuiva di volume, e mi pareva di poter sentire sulla sua periferia interna un battito arterioso: pensavo inoltre che un tumore potevasi escludere, poichè esistendo già dall' epoca del primo attacco, cioè 22 mesi prima, era inconcepibile che avesse così piccolo volume.

Sicuro della diagnosi decisi di eseguire la nefropessia, e feci il taglio lombare classico il 9 Dicembre 1889. Ma giunto al grasso perirenale, quale fu la mia sorpresa nel sentire il polo inferiore del rene al suo posto sotto l' ultima costa, e nell' accorgermi che il tumore da me ritenuto per un rene era intraperitoneale! Costretto, aprii il peritoneo dall'incisione fatta, e di là potei estrarre il tumore, che era una cisti dermoide del volume e delle dimensioni circa del rene, e che si partiva con un lunghissimo peduncolo ritorto due volte su sè stesso, dal lato destro dell'utero. Escissi il tumore, e cucii la ferita. La guarigione fu completa e la gravidanza procedè senza disturbo.

Allora fu tutto chiaro e potei ricordare che quando spingevo il supposto rene nella fossa lombare esso tendeva a ridiscendere da sè. La torsione del peduncolo spiegava tutti i fenomeni tumultuosi precedenti, e l'essere il tumore una cisti dermoide spiegava perchè dopo 22 mesi dal primo attacco la donna non aveva mai avvertito un accrescimento del ventre: è noto infatti che questi tumori restano a lungo stazionari prima di crescere.

V. Ematocele pelvico.

Numero progr.	Nome e Cognome	Operazione	Esito prossimo	Esito remoto
95	Vincenti Adele, 36 anni. Osp. S. Giovanni.	Ematocele pelvico, incipiente sepsi. 25|9|90, laparot. mediana, vuotamento e drenaggio.	Guarig., esce il 22|12|90.	Morta due anni dopo per cancro della vagina.

VI. Tubercolosi del peritoneo.

Numero progr.	Nome e Cognome	Operazione	Esito prossimo	Esito remoto
96	Alesi Elisa, 28 anni. Osped. S. Giovanni.	Tubercolosi del peritoneo di origine genitale. 11|5|91, laparotomia e lavanda.	Guarig., esce il 26|11|91.	Riveduta dopo 6 mesi molto migliorata.
97	Menghi Maria, 40 anni. Idem.	Tubercolosi del peritoneo di origine genitale. 17|8|89, laparotomia e lavanda.	Guarig., esce il 26|8|89.	Riveduta dopo 11 mesi molto migliorata.

VII. Amputazione sopravaginale dell'utero per mioma (1).

Numero progr.	Nome e Cognome	Operazione	Esito prossimo	Esito remoto
98	Tranquilli Giuseppa. 41 anni. Ospedale S. Giovanni.	Mioma interstiz. dell'utero. 14|11|89, amputaz. sopravaginale, affondamento del peduncolo con laccio elastico all' Olshausen.	Morte per sepsi dopo 4 giorni.	Alla sezione trovai necrosi del peduncolo.
99	Elli Maria, 41 anni (in casa).	Miomi multipli del fondo dell'utero, eventramento da pregressa laparotomia. 15|12|90, amputaz. sopravag., peduncolo trattato col metodo misto (secondo Fritsch). Cura radicale dell'eventramento.	Guar. in 18 giorni.	—

(1) Vedi *Bullett. Società Lancisiana*, 1892.

Numero progr.	Nome e Cognome	Operazione	Esito prossimo	Esito remoto
100	Allegretti Anna, 32 anni. Osped. S. Giacomo.	Mioma della parete poster. dell' utero. Allungamento ipertrofico della porzione vaginale, cistocele. Cisti dermoide dell'ovaio sin. 21|5|91, cura come nel caso preced.	Guarig., esce il 2|7|91.	Dopo un anno, incipiente ernia nell'angolo infer. della cicatrice.
101	Martinangeli Ester, 30 anni (in casa).	Mioma del fondo dell'utero. 20|11|91, amputaz. sopravaginale, tipica alla Hegar.	Guarig., esce dopo 30 giorni.	Non ha ernia.
102	Mangiarelli Santa, 29 anni. Ospedale S. Giacomo.	Miomi multipli dell' utero. 6|8|91, amputaz. sopravaginale, trattamento estraperitoneale del peduncolo (col Clamp del dott. Bonanno).	Guarig., esce dopo 40 giorni.	Non ha ernia.
103	Silenzi Loreta, 22 anni. Idem.	Mioma interstiziale della parete ant. dell'utero, ramollimento incipiente e sepsi grave. 28|10|91, enucleaz. del tumore.	Morta 6 ore dopo la operaz. di collasso.	L'operazione fu rapidissima, l'enucleazione incruenta, ma l'inferma che da più giorni aveva altissima febbre non resistè all'operazione: forse sarebbe stato più opportuno fare l'amputaz. sopravaginale appena l'inferma venne all' Ospedale.

VIII. Isterectomie totali addominali.

Numero progr.	Nome e Cognome	Operazione	Esito prossimo	Esito remoto
104	Mesticoni Rosa, 40 anni. Osp. S. Giovanni.	Mioma del fondo dell'utero, voluminosa piosalpinge bilaterale, ascessi e cisti perimetriche suppurate. 26|1|91, ablazione dell'utero e degli annessi, dal ventre.	Guarig., esce fine Maggio 91.	Dopo alcuni giorni dall'operazione si manifestò una fistola ureterale nel fornice ant., poi pielite e ascessi renali multipli: fatta la nefrectomia destra (Mazzoni), l' inferma guarì.
105	Cerasoli Adelaide, 43 anni. Osp. S. Giac.	Mioma interstiz. dell'utero. 16|3|92. isterectomia totale.	Guarig., esce il 3|4|92.	—
106	Galand Carolina, 25 anni. Idem.	Fistola addominale da pregressa salpingectomia. Perimetrite cronica. 3|1|92, ablaz. dell'utero dal ventre.	Guarig., esce dopo 24 giorni.	La guarig. si è mantenuta.
107	Marotti Assunta, 32 anni.	Piccola cisti nel legamento largo sin. Nevralgie pelviche. Flogosi peripeduncolare a sin., esito di pregressa salpingect. 25|5|91, ablazione totale dell'utero.	Esce il 22|6|91.	La guarig. fu soltanto operatoria. (V. pag. 104).

IX. Isterectomie vaginali.

Numero progr.	Nome e Cognome	Operazione	Esito prossimo	Esito remoto
108	De Santis Angela, 35 a. Osp. S. Giovanni.	Carcinoma della porzione vaginale dell'utero. 5|6|89, isterectomia vagin. totale.	Guarig., esce il 2|10|89.	Riproduz. e morte dopo 9 mesi.
109	Ruspi Zelinda (in casa).	Cancro molle della porzione vaginale. 12|10|90, isterectomia vaginale.	Guarig. in 20 giorni.	Riproduz. e morte dopo 6 mesi.
110	Di Loreto Maria, 21 a. Osp. S. Giovanni.	Cancro del collo, piosalpinge destra. 7|2|91, isterectomia vaginale.	Guarig., esce il 29|2|91.	Riproduz. e morte dopo 16 mesi.
111	Ferrari Giovanna, 34 anni. Idem.	Cancro del labbro post. della porzione vaginale, limitato. 17|9|90, isterectomia totale.	Guarig., esce il 9|10|90.	Riveduta in buona salute e senza accenno di riproduz. Giugno 95.
112	Fabrizi Virginia, 43 a. Osp. S. Giacomo.	Carcinoma del canale cervicale. 12|5|91, isterectomia vaginale.	Guarig., esce il 6|6|91.	Senza riproduz. Luglio 95.
113	Pisani Teresa, 39 anni. Idem.	Carcinoma della porz. vag. 1|9|91, isterectomia vagin.	Guarig., esce il 2|10|91.	Riproduz. e morte dopo 1 anno e mezzo.
114	Pavoni Teresa, 52 anni. Idem.	Carcinoma della porz. vag. 6|10|91, isterectomia vag.	Guarig., esce il 8|11|91.	Non più riveduta.
115	Romanelli Vincenza, 50 a. Id.	Carcinoma della porz. vag. 28|9|91, isterectomia vag.	Guarig., esce il 28|10|91.	Riproduz. e morte dopo 2 anni e 1 mese.
116	Ferretti Angela, 50 anni. Idem.	Carcinoma della porz. vag. con diffusione ai fornici. 18|11|92, isterectomia e asportaz. parziale della vagina.	Morte per collasso dopo 24 ore	—
117	Barbotti Tommasa, 44 anni. Idem.	Nevralgie pelviche. 17|12|91, isterectomia vaginale.	Guarig. operatoria, esce dopo 22 giorni.	—
118	Farelli Natalina, 25 anni (in casa).	Flogosi peripeduncolare da pregressa salpingectomia. 6|10|92, isterectomia vag.	Guarig. completa dopo 16 giorni.	—

Escluse 9 inferme operate di accorciamento dei legamenti rotondi, e 4 riportate due volte perchè operate di nuovo per altre malattie, restano 105 individui che subirono operazione nel ventre: di questi morirono 10, compresa ogni causa.

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELLA R. UNIV. DI MODENA
diretto dal Prof. Cav. E. F. Fabbri

PERITONITE FETALE

Nota del **Dott. G. PALAZZI**, Assistente

Chiamato il 30 Gennaio 1895 a constatare il decesso di un bambino morto un paio d'ore dopo il parto, mi accorsi che aveva il ventre abnormemente disteso ed ottuso alla percussione. Allora io mi feci ad interrogare la madre e la levatrice sull'andamento della gravidanza e del parto e mi proposi, come di poi feci, di studiare il caso sotto la guida del mio Maestro perchè mi parve che offrisse un sufficiente interesse.

Eccone la storia:

Anamnesi della madre. — Lanzani Maria, di anni 38, di genitori viventi e sani, ha sofferto soltanto di febbri intermittenti. Le mestruazioni, cominciate al dodicesimo anno, si mantennero normali. Maritatasi a 22 anni ha avuto otto parti a termine con gravidanze e puerperii normali. Dei figli sono viventi e sani i quattro primi ed il settimo. Ultima mestruazione alla fine di Maggio. La presunta gravidanza decorse normalmente fino ai primi di Ottobre cioè fino a quattro mesi compiuti, quando la donna divenne itterica e nello stesso tempo il volume del ventre aumentò rapidamente senza causa nota, in modo, essa dice, da essere di poco inferiore a quello che era solita avere a termine. La donna asserisce che in quel tempo urinava poco. Però essa non provava molestie di sorta. Tuttavia verso la metà di Ottobre si recò per consiglio da un medico, il quale prescrisse sei cartine che essa poi prese ad una ad una per sei giorni consecutivi e due decotti di cicoria. Colla fine di Ottobre il colore itterico si dissipò e la donna urinò ancora come prima; se non che il volume del ventre non diminuì. Del resto la donna in questa gravidanza cominciò a 4 mesi ad avvertire i moti attivi e seguitò poi sempre come nelle precedenti, a

sentirli in modo normale. — Il 30 Gennaio fu colta a mezzanotte dal travaglio del parto; dopo circa sette ore, essendo la dilatazione completa, la levatrice ruppe le membrane e ne uscirono circa dieci litri di acque limpide che furono raccolte in una secchia, della quale io stesso ho poi misurato la capacità. Poco dopo fu espulso il feto in presentazione di vertice. Il bambino era di colorito normale; non vagì; emise solo due volte un gemito sottile, poi per due ore circa continuò a dar segno di vita pei movimenti del torace e per le pulsazioni dei vasi del collo. Però andò facendosi cianotico e in capo a due ore circa morì. Le secondine non presentarono agli occhi della levatrice nulla di anormale. La placenta aveva volume e colorito normale, i vasi pure; il funicolo piuttosto grosso era inserito centralmente. La donna ebbe puerperio normale.

Autopsia del neonato.

Cadavere di sesso maschile, lungo cm. 47,5, dei quali cm. 23,5 dai piedi al bellico. Circonferenza massima addominale cm. 35. Il cadaverino è regolarmente conformato e nulla, tranne il volume dell'addome, lascia sospettare che sia sede di alterazioni patologiche.

Testa. — Non viene sezionata per mancanza di tempo. Esternamente però ha un aspetto del tutto normale. Le suture e le fontanelle sono di ampiezza normale e depressibili.

Collo. — Vistosa ipertrofia della tiroide a quattro bozze sulle quali serpeggiano numerose vene superficiali del collo, piuttosto larghe e ripiene di sangue. I due lobi esterni, destro e sinistro, più voluminosi degli altri due che si trovano anteriormente ai lati della linea mediana, si prolungano nella regione posteriore del collo ai lati dell'esofago e lo circondano quasi completamente. L'esofago è pervio ma alquanto ristretto. La laringe e la trachea sono pure pervie.

Torace. — Cuore normale. Polmoni completamente attelettasici.

Addome. — Incisa la parete addominale nella linea mediana, esce con impeto un liquido giallo-verdastro scuro, pieno di fiocchi gelatinosi pure verdastri e di lamelle di color verde scuro in forma di parallelepipedi regolari, di natura evidentemente cristallina, della grandezza massima di mezzo centimetro. Si raccoglie in un vaso per esame. — Nel mentre si completa l'apertura dell' addome continua a fuoruscire il detto liquido; la quantità totale è di circa un litro. Aperto l'addome ampiamente, aggiungendo alla sezione mediana due incisioni trasversali, la superficie della cavità addominale si presenta dovunque colorata in verde scuro. Detta superficie è cosparsa qua e là di piccole aree scabre a margini rilevati, costituite da riunioni di piccoli cristalli in forma di lamelle di color verde scuro. Non si ravvisano i visceri

addominali. Sollevando le arcate costali, già spontaneamente divaricate, si scopre completamente, nella parte mediana e un poco a destra un corpo della grossezza di un ovo di gallina, che non ha però forma altrettanto regolare e che fu poi riconosciuto per il fegato molto piccolo e deforme. Questo corpo è pure colorato in verde scuro e cosparso di qualche rugosità, e salvo l'aderenza che esso ha per breve tratto del suo estremo superiore col diaframma e l'aderenza alla parete posteriore dell'addome, dista non poco dalle pareti addominali e ne era separato necessariamente dal liquido suddetto. Inferiormente si continua mediante una breve saglienza a cordone della parete posteriore dell'addome, che si dirige verso l'ipocondrio sinistro, con una rilevatezza appiattita che trovasi nella metà sinistra dell'addome e che si riconobbe poi essere costituita in parte dalla milza. Del resto tutta la parete posteriore della cavità addominale è occupata da una massa che di poco ne emerge. Questa massa presenta nella metà destra superficie liscia e solo qua e là accidentata da piccoli gruppi di cristallini in forma di tavolette di color verde-bruno. Nella parte sinistra invece la superficie è granulosa, opaca, e cosparsa di sostanza come gelatinosa, in modo da costituire una chiazza che si estende anche sulla rilevatezza schiacciata della metà sinistra dell'addome.

Aperta una piccola breccia colla pinza da dissezione e col bistorì sulla superficie poc'anzi indicata come liscia, si riesce a sollevare di un poco una membranella, tanto da vederla aderente alle sottoposte anse intestinali, che solo ora è possibile riconoscere, per mezzo di sottili filamenti piuttosto resistenti, di pochi millimetri di lunghezza. Questa membranella è senza dubbio il grande epiploon. Con molta fatica si riesce a staccarlo dalle anse intestinali coll'aiuto della pinza da dissezione e delle forbici, finchè al limite della chiazza granulosa suddetta cessa, e la superficie delle anse intestinali non si lascia più riconoscere coperta da membrana alcuna, ma solo da poltiglia che si può cogliere qua e là colla pinza da dissezione.

Scoperta così buona parte della matassa degli intestini, dei quali le anse stanno fittamente stipate e schiacciate l'una contro l'altra, si passa all'esame accurato del tubo digerente.

Dapprima cercasi di scollare le anse intestinali l'una dall'altra, il che esige un certo sforzo e una certa prudenza; tuttavia con un po' di tempo si riesce. Non si vede ancora quale sia il tenue e quale il crasso intestino. Il mesenterio è brevissimo, ispessito ed arrossato: non vi si nota che un noduletto rossiccio, della grandezza d'un grano di miglio. Finalmente rotto il mesenterio e svolto un certo tratto dell'intestino, si riconosce che tutte le anse visibili appartenevano al tenue e che il crasso giace posteriormente ed ha mesenterio normale. Esso ha calibro minore della maggior parte del tenue e lascia trasparire il

meconio. Per rintracciare lo stomaco è necessario aprirsi una breccia sul cordone che lega il corpo aderente al diaframma alla rilevatezza appiattita che si trova nella metà sinistra dell'addome. Lo stomaco è appiattito e le sue pareti si lasciano allontanare l'una dall' altra con una certa difficoltà essendo come incollate da scarso muco di colorito rosso sporco. Il duodeno è arrossato qua e là, ma è permeabile. Il coledoco, il dotto epatico e i più grossi tronchi biliari sono pervii e rivestiti di mucosa normale. La cistifellea è accasciata e contiene scarso muco rossiccio. I successivi tratti del tenue che si vanno sezionando longitudinalmente, sono qua e là seminati di chiazze iperemiche, ma sono del resto normali. Si arriva ben presto a quel tratto della matassa intestinale che trovasi in corrispondenza della chiazza rugosa. Si svolgono da esso delle anse schiacciate l'una contro l'altra, separate da solchi profondi o pieghe dovute al raggrinzamento estremo del mesenterio, però sempre pervie, anse di calibro rilevante, il triplo del colon, grosse cioè quanto il dito medio della mano. Queste anse hanno colorito verde, consistenza pastosa. Contengono meconio e la loro parete in corrispondenza della superficie libera è un po' più grossa ed intrisa di sostanza verde. Esaurito questo gruppo di anse, si passa a un piccolo tratto di circa quattro centimetri di lunghezza di calibro notevolmente inferiore, come una matita, di colore bianco grigiastro, percorso da sottile lume e quasi vuoto, tratto che passa trasversalmente nella parte inferiore destra dell'addome, dove il mesenterio è sempre arrossato e retratto e le anse di color verde spiccato e costituiscono un'altra massa consimile alla precedente; ma qui le anse non sono altrettanto dilatate. Finalmente si arriva al cieco. L'appendice vermiforme nulla offre di speciale. Il colon ascendente e la prima metà del trasverso sono vuoti, il resto del crasso contiene meconio.

Il fegato e la milza incisi, mostrarono la superficie del taglio di colorito rosso-bruno e consistenza un poco maggiore della normale.

Esame microscopico. — Il fegato presenta struttura normale. Evvi appena qualche lieve accumulo di leucociti. La capsula ed il peritoneo che lo ricoprono sono ispessiti. La milza ha pure struttura normale. I reni sono normali.

Il noduletto rossiccio del mesenterio del tenue ha struttura adenoide e non presenta segni di infiammazione.

Il liquido contenuto nella cavità addominale non si potè sottoporre ad esame, perchè gettato per errore dall'inserviente.

***

Benchè io non abbia assistito al parto, è certo che la donna era affetta da *polidramnio;* come pure dal raffronto della data dell'ultima

mestruazione colle dimensioni del feto si può concludere che il parto avvenne *all'ottavo mese* di gravidanza. L'eccessivo distendimento dell'addome poi e l'attelettasia completa dei polmoni insieme al dato raccolto dalla madre e dalla levatrice, che il bambino visse due ore circa, parlano chiaramente per una *morte per asfissia* del neonato. Finalmente il liquame contenuto nel cavo peritoneale, evidentemente un essudato, il conglutinamento delle anse del tenue, l'aderenza delle medesime coll'epiploon, tenuto conto della precoce morte del neonato, autorizzano alla diagnosi di *peritonite fetale.*

Ma quale fu la causa di questa peritonite? Come poterono i pigmenti biliari giungere nel peritoneo? Quale rapporto fra le alterazioni trovate nel feto e il polidramnio e l'itterizia materna?

È noto come la peritonite fetale possa essere *primaria* o *secondaria.*

La prima, come pensa il Simpson, è frequentemente causata dalla *sifilide ereditaria.* In tre dei suoi casi esisteva indubbiamente la sifilide costituzionale della madre, in altri tre era molto verosimile che esistesse. Egli crede per sua esperienza di poter ammettere che un gran numero di bambini appartenenti a madre sifilitica e che muoiono negli ultimi mesi della gravidanza, muoia di peritonite. La forma anatomica è la siero-fibrinosa o la pio-fibrinosa. Però il Simpson in alcuni dei suoi casi di peritonite fetale ammette l'*origine traumatica,* per traumi che colpirono il ventre della madre (!). Alla peritonite fetale primaria appartiene poi anche la *peritonite fetale puerperale* (Thore, Lorain, Quinquand, Hecker e Buhl, Bednar).

Però vi sono dei casi di peritonite fetale nei quali *nessuna causa fu scoperta* e che debbono appartenere alla peritonite fetale primaria. Nel 1890 J. W. Ballantyne pubblicò un caso di peritonite in un neonato. Questo era stato estratto col forcipe ed era morto 32 ore dopo. La madre ebbe puerperio fisiologico. Il neonato non presentava segni particolari di malattia, tranne l'addome fortemente rigonfio, timpanitico. Alla sezione furono trovati i visceri conglutinati insieme da aderenze; il peritoneo era scabro; non vi era liquido. Nel bacino trovavasi la tuba di destra ed il legamento largo aderenti al cieco per un antico processo di peritonite. Il decorso della tuba destra era anfrattuoso. Sulla causa di questo processo peritonitico non si potè stabilire nulla.

Anche il Mackenrodt ha riferito un caso di peritonite fetale nel quale non si potè stabilire la causa. Anche la sifilide era esclusa.

Le cause note della peritonite fetale secondaria si possono riassumere nei seguenti tre gruppi:

1.° *Comunicazioni congenite* delle vie urinarie (R. Olshausen) o dell' intestino (Genersich) colla cavità peritoneale, *o da processi ulcerativi* nella coprostasi, atresie (Valenta), attorcigliamento (Leguais e Dugès), invaginamento, stenosi (Dohrn) dell' intestino, nell'ernia ombellicale (Scarpa), nelle gomme dell' intestino (Tolmatschew), nelle placche del Peyer (E. F. Fabbri).

2.° Comunicazione col peritoneo di raccolte purulente (King).

3.° Tumori maligni (Wiederhofer).

Anzitutto si può escludere che si tratti nel mio caso di una peritonite secondaria, non avendo riscontrato nessuna di quelle condizioni che la potevano determinare. Coprostasi esisteva, ma in causa delle brusche e numerose ripiegature dell' intestino tenue determinate dalla retrazione del mesenterio, come una *conseguenza* della peritonite. *La peritonite era quindi primaria.*

Se non che, nessuna delle cause note di peritonite primaria qui si potrebbe invocare. E per vero la peritonite primaria sifilitica si può escludere per la mancanza assoluta di qualsiasi dato sia anamnestico che obbiettivo nei genitori e per l'assenza di qualsiasi alterazione speciale sia nell' intestino che nel fegato, nella milza e nei reni. Ogni trauma in gravidanza è poi affatto escluso.

La peritonite fetale puerperale settica è senz'altro esclusa, stantechè, rotte le membrane, il feto fu subito espulso e visse due ore soltanto e la madre non aveva in gravidanza nessun segno di tale grave infezione. Perciò la causa di qnesta peritonite rimane ignota.

Come poterono i pigmenti biliari giungere nel peritoneo? Non avendo potuto fare l'esame microscopico e chimico del liquido peritoneale, io non posso dire anzitutto quale delle parti costituenti il meconio oltre i pigmenti siano eventualmente passate nella cavità peritoneale. In qual modo poi sia avvenuto il passaggio senza una lesione di continuo visibile in forma di perforazione come nei casi del Fabbri, del Breslau, del Tolmatschew, si potrebbe spiegare colla seguente ipotesi, e tanto più facilmente ammettendo che solo i pigmenti e forse anche i sali biliari abbiano attraversato la parete dell' intestino. Ammesso che nell' intestino per il raggrinzamento del mesenterio e dell'epiploon sia aumentata la pressione, senza che si sia verificata una

vera perforazione dell'intestino, la parte più diffusibile del meconio cioè l'acqua, i pigmenti biliari e forse anche i sali biliari, hanno potuto filtrare, per così dire, attraverso la parete intestinale. Tanto più questo sembra possibile se si tenga in conto che la parete intestinale poteva essere alterata per lo stesso processo morboso che produceva la peritonite, e che essa parete poteva forse aver subìto in un primo tempo molteplici fine screpolature della mucosa e degli altri strati sotto la forte pressione interna. E che questa forte pressione abbia esistito, lo prova il calibro aumentato di buona parte del tenue. Non dubito che a questo modo di vedere si possano opporre delle obbiezioni; però io osservo che siccome non esisteva nessun'altra comunicazione nè fra le vie biliari nè fra il tubo digerente e la cavità peritoneale, ed i pigmenti esistevano tanto dentro le anse intestinali col meconio, come nello spessore delle pareti intestinali, come nel peritoneo, il loro passaggio attraverso la parete intestinale pare essere innegabile. Inoltre, se per altra via fosse avvenuto l'ingresso nella cavità peritoneale dei pigmenti biliari, e la parete intestinale ne fosse stata imbevuta in modo secondario, cosa che rimarrebbe pur sempre a spiegarsi, non si comprenderebbe come solo una parte delle anse del tenue e solo le più dilatate e non tutte, dovessero presentare la colorazione verde della parete dovuta ad imbibizione.

Si potrebbe quindi ammettere che *i pigmenti biliari e probabilmente anche i sali biliari insieme ad acqua siano penetrati nel peritoneo attraverso la parete di alcune anse intestinali del tenue, nelle quali il meconio veniva a trovarsi per la coartazione del mesenterio sotto una forte pressione.*

Riguardo al possibile rapporto della peritonite fetale col polidramnio, il prof. E. F. Fabbri fino dal 1885, nella sessione della Società Ostetrica Italiana in Perugia (adunanza del 18 Settembre), in una comunicazione sul polidramnio, emise l'ipotesi che questo possa dipendere in certi casi da difetto di assorbimento di liquido amniotico dall'intestino (impedita deglutizione, atresia dell'alto del tubo digerente). Più tardi, nel 1886, lo stesso prof. Fabbri nella seduta del 17 Marzo della Società Med. Chir. di Modena, comunicò un caso di *polidramnio congiunto a peritonite intrauterina* da perforamento intestinale per ulcerazione di una placca del Peyer. Il fatto della coincidenza del polidramnio colla detta peritonite che aveva conglutinato e compressi in

un piccolo tumore tutti gli intestini tenui, sembrò confortare la sua ipotesi. In quanto all' ipotesi è fuori di dubbio che non pochi fatti di osservazione clinica la dimostrano fondata, come ad es. l'esistenza del polidramnio in casi di feti anencefali. In tali casi esisterebbe polidramnio, non già perchè gli anencefali, come alcuni dicono, abbiano trasudamento di siero dalle meningi, il che dopo nato il feto non si vede, ma secondo il prof. Fabbri perchè per la disposizione e la grossezza della lingua, dovrebbero mancare dell'atto della deglutizione. Che poi a questa ipotesi si possa ricorrere nel caso mio, mi pare altrettanto giusto quanto lo fu nel caso del prof. Fabbri, stantechè gli intestini erano, come si è detto, dopo breve tratto dallo stomaco, funzionalmente non pervii. Ma forse a produrre l' idramnio per mancato assorbimento intestinale contribuì l'ipertrofia della tiroide. P. Strassmann ha riferito nel 1893 alla Società Ostetrica di Berlino un caso di *igroma* del collo contenente 700-800 gr. di liquido, congiunto a polidramnio. Vero è che ignorasi in qual momento della vita fetale cominci la deglutizione; però il Preyer ne ammette la possibilità fino dal 4.° mese. Certo l'esofago per quanto compreso nella tumidezza e di calibro inferiore al normale, era pervio, ma la vacuità dello stomaco potrebbe significare che liquido non vi giungeva per inceppamento della deglutizione. Ma su questo fatto della tiroide ipertrofica, che del resto era una eredità materna, non voglio insistere, tanto più che è molto probabile che anche lo stomaco avesse subìto le conseguenze della compressione per opera dell'essudato e che solo per questo fatto fosse rimasto vuoto. Questo modo di vedere, fa il mio caso, per rispetto alla genesi del polidramnio, il corrispondente di quello del prof. Fabbri.

Non è poi necessario ammettere che al momento della comparsa del polidramnio, cioè a quattro mesi di gravidanza compiuti, la peritonite fosse già arrivata all' esito che fu riscontrato all' autopsia, per poter ritenere che la peritonite sia veramente stata la causa del polidramnio. Un altro fatto doveva esistere fino dal momento in cui comparve il polidramnio, capace di esserne causa, cioè *l'essudato peritoneale.* L'aumentata pressione addominale prodotta dal medesimo, deve essere stata causa in un primo tempo di impedimento alla circolazione nel tratto della vena ombellicale che percorre il legamento falciforme del fegato, condizione che si ammette da tutti favorevole alla produzione del polidramnio. Più tardi la piccolezza del fegato, conseguenza pur

essa della pressione esercitata dall'essudato e dell'ispessimento degli involucri del viscere, dovette collimare come se si fosse trattato di una epatite interstiziale, in quanto le vie sanguigne dovevano essere diminuite.

Finalmente mi sono chiesto se e quale rapporto intercedette tra i fatti morbosi riscontrati nel feto e l'itterizia materna. Mi pare che questo rapporto si debba ammettere, ed ecco in qual modo: l'itterizia non fu accompagnata da alcun disturbo, in modo che si può con probabilità escludere che dipendesse da alterazioni proprie della madre. La donna non ebbe che diminuzione della quantità delle urine, cosa che, come è noto, è causata dal solo trovarsi in circolo i principii della bile.

Invece, data l'esistenza dei pigmenti biliari nella cavità peritoneale del feto in quantità tale che la sierosa ne era dovunque intrisa e da formare numerosi cristalli, è naturale ammettere che per mezzo dei vasi fetali, probabilmente i linfatici, questi pigmenti siano passati nella circolazione placentare del feto e da questa in quella della madre. Del resto noi abbiamo una prova dell'essere l'itterizia materna in relazione coi fatti morbosi del feto, nella comparsa contemporanea nella madre del polidramnio e dell'itterizia. Da principio l'organismo materno invaso da una copia insolita di pigmenti biliari, non potè subito eliminarli ed essi si depositarono nella pelle, poi in grazia dei poteri regolatori potè liberarsene, sia che continuasse più o meno intenso il passaggio di questi pigmenti dal feto alla madre, sia che poi, per circostanze a noi sconosciute, esso fosse a un certo punto cessato.

BIBLIOGRAFIA.

J. Simpson. « Contribution to intra-uterine pathology. P. I. Notices of Cases of peritonitis in the foetus in utero. » *Edinburgh med. and surg. journal*, V. 15, 1838, N. 137, pag. 390-414. — « Obst. memoirs. » 1856. *Edinburgh med. journ.* — « Obstet. selected works et cliniquo obst. et gyn. » trad. par Chantreuil. Paris, 1876. — « Fall von intrauterinal Peritenitis. » *Centralbl. f. Gynäk.*, 1877, p. 48.

P. Lorain. « De la fièvre puerpérale chez la femme, le foetus et le nouveau-né. » Thèse, Paris, 1855.

Thore « De la peritonite aiguë ess. ou spontanée. » *Gaz. des hôp.*, 1867, 19 Sept.

E. Quinquand. « Essai sur le puerpérisme infectieux chez la femme et le nouveau-né. » Paris, 1872. Seconde partie, chap. II, p. 197.

Hecker u. Buhl. « Clinik der Geburtsk. » 1861, Bd. I, p. 231 u. f.

J. W. Ballantyne (Edinburgh). « Peritonitis bei einen Neugeborenen. » *Edin. med. journ.*, Mai 1890.

R. Olshausen. « Zur Aetiologie der foetalen Peritonitis. » *Arch. f. Gynäk*, Bd. II, H. 2, S. 280.

Genersich. « Bauchfellentzündung beim Neugeborenen in Folge von Perforation des Ileum. » *Virchow's Archiv*, Bd. 126, S. 485.

Valenta. « Fall von wandständiger Atresia des Intestinum Ileum und zopfartiger Vorflechtung desselben mit dem Intestinum jejunum und Mesenterium-fötale Peritonitis. Tod am 5 Tage. » *Jahrbuch f. Kinderh.* Alte Reihe, VII B., 1 H.

Dohrn. « Zwei Beobachtungen von Stenose des Darms mit fötaler Peritonitis. » *Jahrbuch f. Kinderh.*, N. F. Bd. I, S. 216.

Tolmatschew. « Ueber einen Fall von Peritonitis perforativa bei einem 3 Tage alten Kinde. » Verhandl. des X internat. Congr., Bd. II, 6, S. 67.

E. F. Fabbri. « Sul polidramnio. » Soc. Ital. di Ostetr. e Ginec., Perugia, 1885, adun. 18 Sett. — « Polidramnio congiunto a peritonite intrauterina. » Soc. med. chir. di Modena. *Atti* 1885-86. Adunanza 17 Marzo 1886.

Dubler. « Eine eigenthümliche Cyste in Banchhöhle eines Neugeborenea. » *Virchow's Archiv*, Bd. 111, S. 567.

Wiederhofer. *Jahrb. f. Kinderheil.*, 1859, S. 191.

Breslau. « Intrauterine perforative Peritonitis bei einem hydrocephalischen Kinde. » *Monatschr. f. Geburtsk.*, Bd. XXI, Suppl. 5141.

P. Strassmann. Gesellschaft f. Geburtsh. u. Gynäk. in Berlin. Sitzung von 13 Januar 1893. *Centralbl. f. Gynaek.*, 1893, N. 8.

Preyer. « Specielle Physiologie des Embryo. » Mackenrodt. Geselisch. f. Geburtsh. u. Gynäk. zu Berlin. Sitz. Freitag den 9 Juni 1893. *Centralbl. f. Gynaek.*, N. 28.

SPIEGAZIONE DELLA FIGURA.

La figura fu ottenuta colla fotografia dopo avere disposto il bambino verticalmente in esagerata estensione, per meglio esporre la cavità addominale, aperta con due tagli in croce. Per quanto la figura sia riuscita molto imperfetta, vedesi in alto e nel mezzo della cavità addominale *il fegato* piccolo, grossolanamente piriforme. L'altro corpo pure biancastro a destra del fegato non è che il margine costale coperto da un lembo di parete addominale. In basso ed a sinistra *un'estesa rilevatezza,* che era costituita in parte dagli intestini, in parte dalla milza. Questa rilevatezza è *cosparsa di abbondanti essudati* che figurano in bianco.

R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN MILANO
diretta dal Prof. E. Porro

Di un caso di mancanza congenita dello sterno

PEL

Dott. E. ROCCHINI, 2.° Assistente

N. N., di 29 anni, nullipara, gravida in principio del 9.° mese, illegittima, entrava come pagante in questo ospizio nell'anno 1895.

Non soffrì mai malattie di notevole importanza, ed esclude assolutamente d'aver avuto sintomi di lue celtica; non sa riferire se l'individuo che con lei ebbe rapporti sessuali abbia superato o no l'infezione sifilitica.

Ebbe la prima mestruazione a 12 anni accompagnata da pochi dolori: le successive furono sempre regolari per comparsa, durata e quantità.

All'esame riscontrasi un soggetto anemico, gracile, affetto da cardiopatia (insufficienza compensata della mitrale). Si fa la diagnosi di gravidanza uterina in principio del 9.° mese, feto vivo in presentazione di vertice.

Dopo 23 giorni di degenza si inizia il travaglio del parto che per inerzia, albuminuria manifestatasi in travaglio, stanchezza della donna, che presenta anche dispnea accompagnata da follia cardiaca, si termina con una applicazione di forcipe, appena raggiunto il permittente per tale atto operativo. Si estrae un bambino leggermente asfittico, tosto rianimato e coi caratteri della precocità (peso gr. 2400, lunghezza cm. 47, Bp. a cm. 8,5). Secondamento spontaneo completo, placenta di 430 grammi, di colorito normale: non sospettandosi quanto si osservò di poi, gli annessi, dopo il solito esame macroscopico, vengono gettati via.

La puntura artificiale delle membrane aveva dato esito ad una quantità normale di liquido amniotico, pure normale per qualità.

Esaminando il bambino si riscontra tosto alla superficie anteriore del torace, in corrispondenza della regione sternale, una macchia di

color bianco madreperlaceo e coi caratteri macroscopici di tessuto cicatriziale: il tessuto corrispondente a tal punto e continuantesi con leggero infossamento sul restante della cute occupa una zona circolare di 3 cm. di diametro ed è scorrevole sulle parti sottostanti: premendo col dito si riscontra in tale regione una certa quale resistenza mentre tanto al di sopra quanto al di sotto, là dove dovrebbero esistere il manubrio, la parte inferiore del corpo dello sterno e l'appendice ensiforme i tessuti sono molli, cedevoli ed il dito percepisce nettamente la pulsazione cardiaca. Continuando nell' esame locale si riscontra che le cartilagini costali non si inseriscono verso la linea mediana su parti ossee esistenti ai lati della linea mediana stessa (come avviene nella fissura sterni congenita), ma si continuano l'una sull'altra in modo da costituire per così dire due arcate costali composte da tessuto cartilagineo e situate ai lati della linea mediana.

La respirazione si compie regolarmente una volta cessato lo stato di leggera asfissia in cui si trovava il bambino nei primi momenti di vita extrauterina: solo si nota che le coste subiscono un moto di innalzamento, durante i movimenti respiratorii, più spiccato di quel che si osservi normalmente.

Non potendo la madre sopportare l'allattamento, causa lo stato di depauperamento organico ed il poco sviluppo mammario, il bambino viene passato nel comparto Esposti. In 8.ª giornata la zona di tessuto cicatriziale mostrasi in preda ad un processo di ulcerazione e contemporaneamente notasi un alone periferico infiammatorio. Quanto più progredisce tale processo ulcerativo, tanto più la cute si fa meno scorrevole sulle parti sottostanti fin che, negli ultimi giorni, tessuti superficiali e profondi sono intimamente uniti ed invasi dallo stesso processo patologico.

In 12.ª giornata si manifestano placche sospette alla retrofaringe per cui dalla sala balie si invia alla sezione sospetti. Quivi il bambino manifesta qualche bolla di pemfigo, depauperamento rapido e muore in 21.ª giornata. Il giorno dopo la morte si pratica la sezione e, prescindendo dalla leggiera forma cutanea e dallo stato cachettico, non si riscontra alcuna alterazione degli organi che lasci pensare alla forma di infezione sifilitica.

Praticando la sezione del torace si riscontra che il tessuto in preda al processo di ulcerazione aderisce internamente col foglietto esterno del pericardio e che nella cavità di questo, sulla parete della quale i vasi sono manifesti per iniezione, si riscontra una lieve quantità di liquido sieroso: non pseudomembrane nè sul foglietto parietale nè sul viscerale del pericardio. Notasi ipostasi notevole polmonare e leggiero versamento in ambe le cavità pleuriche. Nulla di speciale nè al fegato, nè alla milza, nè alle glandole mesenteriche. Il nucleo di ossificazione

della epifisi femorale è di forma e grandezza normale, senza le alterazioni che si considerano caratteristiche dei neonati affetti da sifilide congenita.

La cassa toracica, preparata poi a secco, dà una idea chiara della alterazione: in essa preparazione lasciai in posto il tessuto corrispondente alla zona sopraccitata di tessuto cicatriziale: esso è quasi intieramente unito ai margini dei due bordi cartilaginei formati dalle cartilagini costali, senza però che con queste sia in connessione anatomica.

L'estremità interna delle cartilagini costali, là dove dovrebbero unirsi al margine sternale, sono fra di loro congiunte da tratti di tessuto cartilagineo, i quali limitano uno spazio ricordante per la forma lo sterno ed occupato, in corrispondenza delle estremità cartilaginee della 3.ª e 4.ª costa, dal tessuto cicatriziale lasciato in posto.

Le clavicole si articolano all'avanti col tessuto cartilagineo che unisce la prima alla seconda costa e sull'estremo di questo.

Nessuna altra alterazione scheletrica.

***

Quanto alla genesi dei fatti sopra notati io non credo che il tessuto cicatriziale cutaneo possa essere il residuo di una manifestazione sifilitica locale, in quanto che nulla essendo intervenuto a modificare l'andamento della malattia, si sarebbe dovuto riscontrare il processo patologico ancora in atto al momento della nascita. Tanto meno credo che il processo patologico, qualunque esso sia stato, abbia potuto per sè stesso produrre il mancato sviluppo dello sterno, perchè il tessuto cicatriziale cutaneo era perfettamente mobile sulle parti sottostanti: il che non sarebbe accaduto se il processo di distruzione e susseguente riparazione (avvenuti durante la vita extrauterina) avessero interessato la cute e nello stesso tempo le parti scheletriche sottostanti. Inoltre occupando il tessuto cicatriziale solo lo spazio compreso fra 3.ª e 4.ª costa, non vi sarebbe ragione che avessero a mancare il manubrio, la parte inferiore del corpo e l'appendice xifoide, numerosi essendo i centri di ossificazione dello sterno.

Quanto alla ulcerazione manifestatasi nei primi giorni di vita, essa è dovuta certamente ad una necrosi per mancata circolazione e nutrizione in luogo, dipendente dalle mutate condizioni di ambiente.

Restano adunque due fatti abbastanza rari: l'esistenza di una cica-

trice cutanea congenita e la assenza completa dello sterno dovuta ad un mancato sviluppo dei centri di ossificazione di questo.

A proposito del qual fatto se numerose sono le osservazioni di *fissura sterni* congenita isolata o accompagnata con altre alterazioni dello scheletro, note specialmente quelle di Penzoldt, Aran, Ziemmsen, per quante ricerche abbia fatte non potei trovare che una osservazione di Abbott (« Absence du sternum chez une femme adulte. » Comp. rendu Soc. de Biologie de Paris, 1852, pag. 163).

In tale osservazione l'alterazione scheletrica, per quanto si potè rilevare dall'esame sul vivo, corrisponde perfettamente a quella de caso da me osservato.

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELLA R. UNIVERSITÀ DI TORINO
Prof. Comm. Domenico Tibone

Di un caso di espansione sacciforme della vena ombellicale

PEL
Dott. GIUSEPPE VICARELLI
AIUTO E DOCENTE.

Li 2 Febbraio 1895 si sgravava nella sezione III.ª dell'Istituto Ostetrico-Ginecologico di Torino la nominata Astante O., domestica, di anni 24, della statura di m. 1,47 e del peso, al momento dell'ingresso, di Kg. 54. Entrata li 14 Gennaio figura nel registro di accettazione al N. 41 e costituisce il N. 48 riguardo alla numerazione annuale dei parti.

È per la prima volta gravida. Nei dati anamnestici nulla vi ha di speciale importanza. All'età di 20 anni essa fu operata di apertura di ascesso per adenite suppurata all'inguine destro; un anno dopo sofferse di bronco-polmonite che la tenne indisposta per circa due mesi. All'infuori di questi momenti morbosi ha goduto sempre buona salute.

Mestruò a 14 anni senza disturbi, e le successive mestruazioni della durata media di 3-4 giorni non causavano alcuna sofferenza, ma solo erano a tipo posticipante. Ultima mestruazione dal 25 al 28 Aprile 1894, scarsi fenomeni riflessi nei primi due mesi, incerti i primi moti fetali: epoca del parto a giudizio della donna alla fine di Gennaio, al 2 Febbraio 1895 secondo il calendario. All'esame obbiettivo solo è a notarsi una leggiera deviazione degli arti inferiori e per rispetto al bacino, la possibilità di poter raggiungere il promontorio (C. D. 104). Abbondanza di liquido amniotico; circ. omb. 100, sottomb. 109, distanza xifo-pub. 44, pub. omb. 18. Normale la presentazione del feto. La gravidanza si continuò sempre in modo del tutto regolare.

Al mattino del 1.º Febbraio s'inizia il travaglio del parto. Alle ore 22 si rompono spontaneamente le membrane con una dilatazione di 5 cm. Pres. V. in O. I. D. P. fissa allo stretto superiore: alle ore 5 del 2 entra nel periodo espulsivo e dopo ore 1.40' di durata, viene partorito un feto di sesso femminile con un giro di cordone attorno al collo, la cui esistenza era stata già prima presupposta, gravemente asfittico (forma anemica), temporaneamente riavutosi mediante prolungata respirazione artificiale e l'uso di stimoli meccanici, termici, elet-

trici; ma non sopravvisse che per quattro ore. Pesava gr. 2700 ed era lungo 49 cent.

Il secondamento spontaneo ebbe luogo 15 minuti dopo la espulsione del feto e sugli annessi, del peso di gr. 450, richiamava l'attenzione l'esistenza di un tumore nel cordone ombellicale, in tutta prossimità alla sua inserzione laterale sulla placenta, grosso quanto un uovo di tacchino. Nessuna alterazione apprezzabile, nessuna anormalità nella placenta, nelle membrane e nel restante tratto del cordone lungo in totalità 46 cent.

Il tumore della grandezza, come si è detto, di un uovo di tacchino, di un colorito bluastro, si presenta come costituito da due lobi distinti da una lieve insolcatura quasi mediana; di consistenza molle, più elastica nel lobo superiore, poco cedevole nell'inferiore. Esso si mostra aderente al cordone soltanto per il suo margine laterale interno (riferendosi all'asse della placenta) nei suoi 3|4 inferiori, formando il polo superiore col cordone un angolo ottuso. Il suo asse longitudinale è quasi parallelo a quello del funicolo: il polo inferiore è in diretto contatto colla placenta mediante un peduncolo costituito da più vasi irradiantisi alla superficie fetale della placenta stessa.

Tolta la membrana amniotica e praticata una diligente dissezione, chiara apparisce la costituzione del tumore medesimo. La vena ombellicale a circa 15 cm. dalla placenta si espande bruscamente a guisa di sacca, venendo così da sola ad originare il tumore sopra descritto. Da questo si partono da punti differenti più vasi che corrono alla placenta. Due se ne distaccano dal lobo inferiore in vicinanza l'uno dell'altro, anzi in modo quasi del tutto continuo fra di loro, con un percorso libero, prima di giungere alla placenta, di 3 cm. circa.

L'altra diramazione invece si parte dal lobo superiore e potrebbesi dire da un punto diametralmente opposto all'imbocco del tronco venoso principale e dopo un tragitto di 6 cm. arriva alla placenta.

Tutta quanta questa espansione venosa è situata esternamente a lato delle arterie ombellicali che strettamente addossate fra di loro e diritte s'insinuano nella placenta (Vedi figura).

Prese delle misure si ha (Vedi schema):

Diametro longitudinale dell'ovoide (*A. B.*)	cm.	9
» » del lobo superiore (*O. B.*). . .	»	4
» » » inferiore (*O. A.*) . . .	»	5
» trasversale in corrispond. della solcatura (*E. F.*)	»	5
» massimo trasversale del lobo superiore (*C. D.*)	»	5 ½
» » » » inferiore (*G. H.*)	»	6

Incisa la parete della sacca troviamo il contenuto essere formato da sangue in parte liquido, in parte coagulato. Depositi fibrinosi, in

ispecie nel lobo superiore, leggermente aderenti alle pareti; nessun tramezzo, nessuna loggia ma unica la cavità. Nessun reliquato di valvole o delle ripiegature semilunari come vuole il Berger.

Colpisce la estrema sottigliezza delle pareti del tumore che nei punti più sporgenti si facevano trasparenti. Ben distinta l'apertura di ciascun tronco.

Sospettando che per una qualche alterazione delle pareti della vena si fosse potuto creare e sviluppare tale considerevole dilatazione, praticammo anche esami istologici, ma non rilevammo che una atrofia della parete venosa con scomparsa quasi completa della muscolare in quei

punti che corrispondevano alla maggiore sottigliezza, fatti che facemmo dipendere dalla notevole dilatazione della vena: mentre in tutta vicinanza delle aperture vasali e più specialmente del tronco principale la tunica interna e la esterna predominavano nel loro spessore sulla media, sempre notevolmente assottigliata, come appunto si riscontra nell'iniziarsi della flebite molto probabilmente orditasi dalla rallentata circolazione sanguigna per l'allargamento del lume del vaso. Quivi un poco più aderenti gli strati fibrinosi. La vena subito al disopra di questa sua espansione si trovava in condizioni normali. Nessuna particolarità sulle arterie.

Quindi non trattavasi che di dilatazione semplice ragguardevole della vena ombellicale con incipiente flebite.

***

Che sulla vena ombellicale possansi riscontrare varicosità da costituire tumori, anche assai voluminosi, si suole ripetere da molti autori di cose ostetriche, ma a vero dire i casi riferiti scarseggiano alquanto, e non ricca è certo l'anatomia patologica per ciò che riguarda il funicolo ombellicale, come possiamo persuadercene dai pregevoli lavori del Chantreuil, Compagnon, Taruffi e dell'Orth, i più completi in proposito.

Prescindendo dalle anomalie e dai tumori di altra natura che si possono riscontrare nel cordone e stando solo ai casi che hanno col nostro una certa attinenza, vediamo come Deneux abbia rilevato in un cordone un tumore fibrinoso risultante da spandimento sanguigno che circondava a guisa di anello i vasi e che era ricoperto dalla sola guaina amniotica. Il bambino era morto da molto tempo.

Depaul ne descrive uno che si avvicina un poco a quello da noi osservato. Trattavasi ugualmente di una dilatazione della vena ombellicale nel suo punto di emergenza dalla placenta, ma a pareti ispessite, con la superficie interna rugosa e con un coagulo di color grigiastro aderente nel punto inspessito. Il feto era macerato.

A Pluskal occorse di osservare come in un cordone voluminoso ripiegato su sè stesso esistesse in questo punto, cioè a 15 cm. dall'inserzione placentare, una sacca varicosa del volume di un uovo di gallina a pareti sottili, la cui rottura spontanea aveva determinato la morte del feto a termine di sviluppo, senza versamento del sangue nella cavità amniotica, ma sibbene nello spessore del cordone stesso. Nella stessa guisa può interpretarsi il caso osservato dal Deneux ossia come un ematoma del funicolo.

Dougal poi segnalò un aneurisma arterio-venoso della grossezza di un uovo di gallina in vicinanza dell'estremità placentare del cordone, facente comunicare insieme i vasi ombellicali.

Porro, nel descrivere una eccezionalissima aberrazione angiologica trovata in un funicolo, rimarca per riguardo alla vena come questa si originasse biforcata dalla placenta, e come il tronco unico venoso risultante da questa fusione fosse grosso assai da principio consentaneamente al lume complessivo dei due canali che lo formavano, ma in

appresso dopo soli 8 cm. di cammino il suo calibro fosse uguale a quello che avevano le singole vene prima della fusione.

Maygrier presentava alla Società di Ostetricia e Ginecologia di Parigi nella seduta del 14 Aprile 1892 una placenta del peso di gr. 680, che mostrava nel punto d'inserzione del cordone una ectasia della vena ombellicale del volume di un uovo di piccione. L'A. facendo rilevare la rarità di tale fatto, per non avere trovato riferita alcuna osservazione consimile, mostra che la vena ombellicale, arrivata alla placenta si biforcava: una di queste branche andava ad immettersi nel tumore (specie di dilatazione ampollare o di sacco aneurismatico) dal quale si dipartivano due branche efferenti.

Questo caso, che molto si avvicinerebbe al nostro, se ne differenzia però e per essere quella specie di aneurisma situato lungo il tragitto di *una sola* delle branche di biforcazione della vena, e per essere localizzato quasi nello spessore della placenta da simulare a prima vista una ciste di questa: ma non solo; in quel caso non si sarebbe avvertito, palpando, nè alcuna parte solida nè alcun coagulo nell'interno della cavità. Particolarità tutte che non dobbiamo dimenticare quando si voglia indagare se, e quale, e quanta influenza possano avere queste dilataziòni della vena ombellicale sullo sviluppo e sulla vita del feto.

Questi i casi che abbiamo potuto raccogliere nella letteratura dei tumori sanguigni da alterato calibro della vena ombellicale: ma un'altra particolarità vogliamo ancora ricordare perchè appunto esisteva nel caso occorsoci.

Gli autori rispetto al modo con cui può il cordone inserirsi alla placenta, ne hanno fra le varie modalità descritta una chiamata *inserzione a parasole* da alcuni, *insertio funiculi furcata* da altri.

Anche di questa particolare distribuzione dei vasi ombellicali sulla placenta pochissime osservazioni ne sono state riferite.

Il pistoiese Civinini si servì appunto della denominazione *inserzione a parasole* (termine che Murat aveva fatto entrare in uso per indicare la ordinaria distribuzione dei vasi ombellicali, denominazione che però fu abbandonata perchè impropria), per indicare quella modalità nella quale i vasi del funicolo, invece che riuniti, divaricandosi o biforcandosi in precedenza, giungevano disgiunti alla superficie fetale della placenta.

Queste anormalità erano state osservate e descritte dal Solingen e dal Gravel, i quali videro il funicolo in prossimità della placenta divi-

dersi in due parti lasciando fra i due punti d'inserzione uno spazio di qualche rilievo. Tre altre simili osservazioni ci vengono fornite dall'Hyrtl alle quali assegnò la denominazione di *insertio funiculi furcata.*

Nel caso occorsoci la vena ombellicale a 15 cm. dalla placenta, allontanatasi dalle arterie strettamente addossate fra loro, si diffonde con tre diramazioni alla superficie placentare.

Quali influenze possano indurre le anomalie ricordate in special modo sulla vita del feto, gli autori sono concordi nel metterle in rilievo.

Già il Burdach aveva espresso come qualsiasi alterazione del cordone possa riuscire dannosissima al feto e diventare causa di aborto. Già gli osservatori ricordati avevano messo in relazione il poco sviluppo o la morte del feto con le anomalie esistenti nei vasi del cordone, tanto che Chantreuil conclude come le varicosità della vena ombellicale, potendo formare dei tumori voluminosi, possano avere per conseguenza di ostacolare al punto la circolazione da opporsi allo sviluppo del feto e la loro rottura, con versamento nella cavità amniotica, determinarne la morte.

Unico il Maygrier si mostra poco propenso ad accettare queste ipotesi; il che ci sorprende molto più che egli stesso fa osservare come nel suo caso si avesse una placenta del peso di gr. 680, nessuna altra anomalia o particolarità nelle altre parti degli annessi, un feto che per le misure e per i caratteri esterni poteva dirsi quasi a termine *e pur tuttavia questo feto nato vivo non pesava che gr. 1780* (!).

Non sembra si sia in quel caso esaminato l'interno della cavità aneurismatica, nè ricercato se e quali minute alterazioni esistessero nelle pareti di questa, il che è cosa della somma importanza per potere dalla presenza o no di coaguli o di strati fibrinosi più o meno aderenti, o dalle alterazioni anatomiche delle pareti della sacca stabilire e la insorgenza più o meno antica del tumore e la sua influenza sullo sviluppo o sulla vita del feto.

Vogliamo pure di passaggio ricordare come il Nicolini, basandosi sopra un caso di idramnios ed esistenza di un tumore sul funicolo in tutta vicinanza alla placenta, richiami l'attenzione che possa l'idramnios appunto anche originarsi da ostacolata circolazione placentare.

Alle sue logiche induzioni verrebbe oggi anche la nostra osservazione in appoggio.

Ed ora torniamo al caso nostro. Alla formazione dell'enorme dila-

tazione della vena ombellicale crediamo abbiano concorso due cause: l'una, l'originarsi della vena ombellicale mediante più radici extra placentari; l'altra, la concomitante esistenza del giro del cordone attorno al collo del feto.

Infatti ci sembra logico supporre che dovendo le pareti della vena ombellicale sopportare l'urto di correnti sanguigne a direzioni differenti, debbano quelle avere risentito dapprima l'effetto di questo fatto e che nel punto ove i vasi venivano a riunirsi per formare il tronco unico, le correnti sanguigne costrette sicuramente a fare una specie di vortice e rallentato il loro corso (contribuendovi anche il non proporzionato lume del tronco unico con quello dei tre vasi afferenti), abbiano quivi indotto una lenta e progressiva dilatazione della vena stessa.

Se a queste propizie condizioni che da sole già basterebbero per originare lo sfiancamento di un canale, aggiungiamo anche un ostacolo a distanza che impedisca il libero corso del liquido, facendosi la pressione per tal modo maggiormente risentire là dove diminuite sono le resistenze, è facile spiegarsi come lo sfiancamento possa raggiungere notevoli proporzioni e minacciare gravi conseguenze.

Ugualmente crediamo possa essere avvenuto nel nostro caso che cioè, nel momento del parto in ispecie, resasi difficile la circolazione feto-placentare per la compressione del cordone attorcigliato al collo, e di questo fatto l'ascoltazione e lo stato del feto alla sua nascita ce ne resero sicuri, la pressione nella vena ombellicale maggiormente si sia fatta sentire là dove uno sfiancamento si era già originato per le condizioni statiche dei vasi.

A questa spiegazione vi concorrono e il fatto di essere la corrente sanguigna nella vena ombellicale diretta dalla placenta al feto, e l'ostacolo sopraggiunto a valle del già iniziato sfiancamento vasale; vi concorrono le alterazioni riscontrate nelle pareti del sacco: inspessimento della parete vasale in vicinanza dell'imbocco del tronco unico con depositi fibrinosi aderenti, mentre semplice assottigliamento delle pareti per eccessiva distensione e coaguli sanguigni non organizzati nè aderenti nell'altra porzione del sacco, modificazioni di data più antica le prime, più recenti le seconde.

Che alla concomitanza delle due anormalità, espansione venosa e giro del funicolo, si debba ascrivere la morte del feto io credo non ci sia dubbio alcuno per ritenerlo. Lo scarso sviluppo del feto in questo

caso ci conferma e si accorda con quanto gli altri osservatori asseriscono, che cioè questi tumori sanguigni, prescindendo dalle influenze che possono indurre sul normale andamento del parto, portano ostacolo al regolare sviluppo, fino anche ad arrecare la morte, dell'embrione per la diminuita irrorazione sanguigna.

Lo stato, in cui venne espulso, di grave asfissia anemica tanto che ogni mezzo riuscì vano a mantenerlo in vita, poichè rianimato morì solo dopo due ore dalla nascita, stato grave di asfissia non conciliabile nè con la durata del travaglio perchè fu breve ed il feto era poco sviluppato, nè con la sola esistenza di un giro del funicolo attorno al collo, perchè condizione questa frequente ad aversi senza quelle gravi conseguenze, ci autorizza a pensare che appunto la dilatazione venosa anche su questo accidente finale vi abbia non poco contribuito.

Ma se gli altri osservatori a ragione sospettarono che dilatazioni della vena ombellicale possono riuscire dannose alla vita dell'embrione o perchè ostacolata la circolazione feto-placentare per la flebite ostruente, o per l'emorragia da rottura della parete della sacca, a noi viene in mente che anche un altro pericolo a ragione minaccia l'esistenza del prodotto del concepimento, voglio dire l'embolia.

Nè questa ipotesi ci sembra illogica e sapendo come la vena ombellicale sia una arteria per lo scopo a cui è destinata, e quindi come fra le successioni morbose degli aneurismi figuri non infrequentemente l'embolia, ed osservando anche nel caso occorsomi come il coagulo sanguigno e gli strati fibrinosi superficiali fossero facilmente spappolabili.

Questa causa embolia potrebbesi, forse, invocare a spiegazione di quei casi ricordati dagli altri, in cui il feto nacque morto e nei quali mancarono le condizioni estreme per spiegare tale funesto evento. Questa possibilità, embolia, può, ci sembra, a ragione includersi fra le cause di morte intrauterina del feto, cause che talora ci sfuggono completamente per modo che non sappiamo renderci ragione di un tanto funesto accidente.

La rarità del caso e le considerazioni che mi suscitò mi spinsero a ritenerlo non privo di un certo interesse e meritevole di queste poche righe.

Torino, Giugno 1895.

LETTERATURA.

SOLINGEN C. « Embryulcia. » Haag, 1673, pag. 440, obs. 96.

GRAVEL J. « De superfetatione. » Disputationum anatomicarum. Gottingae, 1750, pag. 345, nota.

BURDACH D. C. « De laesione partium foetus nutritioni inservientium abortus causa. » Lipsiae, 1768.

MURAT. « Dictionnaire des sciences médicales, » tom. XLII, pag. 521. Paris, 1820: Art. « Placenta. »

DENEUX. *Journal gén. de méd., de chir. et de pharm. française et étrangère,* t. LXXI, Mai 1820.

CIVININI F. « Sommario embriologico, » ediz. 2.ª, pag. 61. Pisa, 1838.

DEPAUL. *Bulletin de la Société anatomique de Paris,* t. XVI, pag. 171, Année 1841.

PLUSKAL. *Osterreichische medizinische Wochenschrift,* 1843.

DOUGAL. Vedi CHANTREUIL, op. cit., pag. 176

HIRTL G. « Die Blutgefässe der menschlichen Nachgeburt. » Wienn, 1870.

PORRO E. *Annali Universali di Medicina e Chirurgia,* Milano, 1875, vol. 231.

CHANTREUIL G « Des dispositions du cordon, etc. » Thèse de Paris, 1875.

COMPAGNON. « Du cordon ombilical. » Thèse de Paris, 1879.

NICOLINI C. « Contribuzione allo studio della etiologia dell'ydramnios e della patologia della placenta. » *Annali universali di medicina,* vol. 261, 1882.

TARUFFI C. « Intorno alle anomalie del funicolo ombellicale. » *Bullettino delle Scienze mediche,* Bologna, Serie VI, vol. XX, 1887.

ORTH. « Leherbuch der speciellen pathologischen anatomie, Band II, Lief. 3.°, seite 624, 1891.

MAYGRIER. « Tumeur variqueuse de la veine ombilicale. » *Bulletins et Memoires de la Société Obstétricale et Gynécologique de Paris,* 1892, pag. 105.

RASSEGNA

LAUWERS. — **Du traitement intra-péritonéal du pédicule, après l'hystérectomie abdominale pour fibromes utérins.** — *Annales de Gynéc. et Obst.,* Septembre 1895.

L'A. fa rilevare avanti tutto che i partigiani del trattamento esterno del peduncolo vanno mano mano perdendo terreno, per la tendenza manifesta alla soppressione del peduncolo specialmente colla isterectomia totale addominale. L'A. ha incominciato ad operare affondando 3 volte il peduncolo, ed ebbe 2 insuccessi, per la qual cosa, abbandonato simile procedimento, si decise a non praticare più alcuna miomectomia, se non avesse conseguito migliori risultati col metodo extraperitoneale; 60 furono i casi con 8 decessi, vale a dire una mortalità del 13 %.

Benchè l'A. dica che tali risultati fossero superiori a quelli pubblicati dalla maggior parte dei chirurghi, tuttavia dalle suppurazioni di lunga durata, dagli essudati peripeduncolari richiedenti numerose medicazioni, dalle ostruzioni intestinali, dalle fistole addomino-cervicali, dalle cicatrici deformi (?), e dalle ernie consecutive, fu persuaso ad abbandonare il trattamento esterno del peduncolo, cercando un metodo di affondamento il quale offrisse maggiori garanzie di successo evitando i cennati inconvenienti. Prima di descrivere il proprio procedimento avverte il lettore che egli non ha la presunzione di aver fatto una scoperta, poichè il suo rassomiglia a molti altri fra i quali a quello di Chrobak, di Fritsch, di Zweifel e di Richelot. Disinfezione generale, posizione di Trendelenburg, quindi, dopo aver tratto il tumore fuori della breccia, procede alla legatura degli annessi all'infuori dell'ovaia: indi pone una pinza emostatica rasente il bordo uterino, e taglia il legamento ad un centimetro all'indentro della legatura sempre nel distretto compreso dalla legatura. Ciò ripete procedendo in basso per altre due volte fino a che il peduncolo formato rappresenta un tessuto in cui non vi è alcuna arteria importante. Allora sulla parete uterina anteriore, disegna e colpisce un lembo per ricoprire più tardi la superficie del moncone. Taglia il peduncolo ed escide profondamente la mucosa uterina. Con seta sottile sutura i foglietti del legamento largo in modo da imprigionarvi le primitive allacciature, ed arrivato al margine uterino ricopre la superficie di sezione del peduncolo col lembo peritoneale già descritto.

L'A. dice che simili monconcini mettono al riparo delle emorragie e delle

infezioni settiche, non essendo d'uopo di ricorrere alla costrizione elastica ed a molteplici suture.

Sopra 25 casi trattati in siffatta guisa l'A. perdette una sola paziente, ma dice che le condizioni della medesima furono la causa dell'insuccesso. Come prova della benignità dell'intervento insiste sul decorso apiretico post-operatorio delle operate e sulla natura del polso. Cita poi alcune osservazioni fra le quali una in cui il diagnostico non fu stabilito con esattezza e la paziente ebbe asportato l'utero per una mola vescicolare. Nella stessa paziente fu osservata deiscenza della sutura nel giorno in cui vennero levati i punti, con fuoruscita dell'epiploon. Si passò ad una seconda sutura e la donna guarì (1). DECIO.

Dott. G. APOSTOLI. — **Sulla elettricità come mezzo diagnostico in ginecologia.**

Il dott. Apostoli dopo esperienze più lunghe e decisive, completa e legittima e differenti memorie già pubblicate sopra tale soggetto ed ecco le nuove e sommarie conclusioni generali:

1.° *La corrente faradica di tensione* (generata da un rocchetto a filo lungo e sottile) applicata nell'utero secondo la tecnica del dott. Apostoli già fino dal 1883, ha la virtù di far scomparire per un tempo più o meno variabile ogni dolore ova-

---

(1) Simile accidente che il Lauwers vide in 10.ª giornata, la stessa in cui tolse le suture, fu da me osservato in 16.ª giornata dall'atto operativo praticato dal prof. Mangiagalli, e quattro giorni dopo che io avevo levate le suture e constatato un apparente coalito. Trattavasi di una laparotomia eseguita in condizioni gravissime in donna affetta da grave itterizia che da parecchi mesi era travagliata da altissime febbri. Essa era affetta da un tumore solido di origine uterina a sviluppo infraligamentario. Accettata la incisione esploratrice, il prof. Mangiagalli riuscì a svuotare meccanicamente la cistifellea enormemente distesa, ed il tumore venne rispettato. Tanto l'ittero quanto la febbre andarono rapidamente scomparendo nei giorni che seguirono l'atto operativo. Levate le suture come dissi in 16.ª giornata, di lì a 4 giorni, in seguito ad uno sternuto, la convalescente provò una sensazione indefinibile, molesta in corrispondenza della cicatrice, la quale si era smagliata per 10 cent., cioè ne' suoi due terzi superiori con fuoruscita di parecchie anse del tenue. Essendo assente il prof. Mangiagalli ed urgendo una pronta riparazione, fatta portare la donna sul letto delle operazioni procedetti ad una nuova sutura, previo scollamento della porzione inferiore che apparentemente si mostrava adesa. I bordi delle pareti apparvero asciutti come mummificati, e l'adesione era avvenuta soltanto negli strati più superficiali, per cui fu necessario colle forbici curve e col cucchiaio raschiatore ravvivare per bene le mutue superfici di affrontamento. L'esito fu fortunato; la nuova sutura composta di 21 punti intercisi attecchì completamente. Questo fatto [già toccato di volo dal prof. Mangiagalli nella sua Prolusione al corso di Ostetricia e Ginecologia nella R. Univ. di Pavia (8 Marzo 1895)], sembrami interessante per la eziologia di quel mancato coalito che assai probabilmente deve essere collegato al fatto della grave colemia onde era affetta la paziente. DECIO.

rico d'indole nervosa od isterica, ma resta impotente od attenua semplicemente i dolori ovarici provocati da una lesione periuterina, od infiammatoria degli annessi.

2.° La stessa corrente faradica potrà così servire di criterio, potendo rapidamente fissare la diagnosi differenziale tra la ovaralgia isterica, ed il dolore ovarico mantenuto da una lesione d'indole infiammatoria ed ancora per disassociare tali dolori i quali possono talora coesistere presso talune pazienti.

3.° Se dunque in tal caso il successo curativo della corrente faradica rischiara e rettifica un diagnostico dubbio, deve altresì metterci in guardia contro ogni eventuale inutile operazione. Invece la potenza della corrente faradica (legata ad una lesione flogistica) impone od un tentativo di trattamento galvanico complementare od un intervento chirurgico più o meno immediato.

4.° *La corrente galvanica costante* endouterina alla dose crescente progressivamente da 50 a 120 milliampères, secondo la tecnica operatoria che il dott. Apostoli ha stabilito fino dal 1884, rispettando la suscettibilità individuale, sarà quasi sempre bene tollerata senza dolorose reazioni seduta stante, e senza postume reazioni febbrili, ogni qualvolta però che la periferia uterina non è infiammata. I tumori cistici semplici periuterini, non flogistici nè suppurati (quali a cagion d'esempio le cisti ovariche o l'idro-salpingi) possono coesistere con questa stessa tolleranza galvanica che viene conferita dalla integrità fisiologica degli annessi. Parimenti ogni flogosi periuterina, antica o spenta, come quella degli antichi essudati può essere compatibile con una tolleranza galvanica quasi normale.

5.° La regola precedente implica le tre seguenti generali eccezioni, in cui può essere constatata una intolleranza più o meno viva al passaggio di una corrente galvanica anche moderata.

a) Alcune forme isteriche.

b) I tumori fibrocistici dell'utero.

c) L'enterite.

Generalmente sarà facile lo stabilire la diagnosi differenziale di ciascuna di queste fonti di possibile intolleranza.

6.° Ogni flogosi periuterina in atto, acuta (del tessuto cellulare pelvico del peritoneo, e sopratutto degli annessi) renderà più o meno difficilmente sopportabile questa stessa dose di corrente galvanica ogni qualvolta supererà i 40 o 50 milliampères, e provocherà volendola ancora aumentare, una intolleranza operatoria e sopratutto una reazione post-operativa, dolorosa, febbrile più o meno viva.

7.° L'intolleranza per la corrente galvanica sarà in generale proporzionata alla estensione ed alla gravità delle lesioni infiammatorie periuterine, specialmente se degli annessi, ed aumenterà colla intensità elettrica impiegata, qualora sorpassasse i 40, 50 milliampères.

8.° Ogni flogosi curabile degli annessi (almeno sintomaticamente) senza operazione radicale mostrerà una intolleranza galvanica, constatabile all'inizio della

cura, ma che andrà scomparendo col tempo e segnalerà così il miglioramento parallelo dei sintomi dominanti, quali i dolori e le emorragie.

9.° Ogni lesione grave flogistica degli annessi, le flegmasie suppurate, incurabili (anche sintomaticamente), coi mezzi conservatori, conserva dal principio alla fine della cura la stessa intolleranza iniziale, la quale può altresì aggravarsi, qualora si continuasse nel trattamento galvanico.

10.° Così il semplice studio della tolleranza e della intolleranza del trattamento galvanico intrauterino, ed in particolare delle reazioni post-operative dolorose e febbrili, che la sera stessa od al domani possono seguire, potrà assai rapidamente, in generale in 4 o 5 sedute, ovvero nello spazio di quindici giorni, chiarirci o rettificarci un diagnostico, informarci sullo stato degli annessi, e diminuire così il numero delle laparotomie esploratrici.

11.° Lo studio di queste reazioni dette galvaniche potrà anche insegnarci il grado di curabilità o meno delle lesioni flogistiche, che la stessa corrente ci avrà manifestato, ed imporci conseguentemente, ora l'astenzione operatoria, ora l'urgenza di una operazione fino allora ritardata o rifiutata.

12.° Riassumendo, l'elettroterapia ginecologica saggiamente, metodicamente e pazientemente applicata, lungi dal mostrarsi ostile ai meravigliosi progressi della chirurgia, viene a servire alla stessa come potentissimo aiuto. Indipendentemente dai grandi servizi che essa reca ogni giorno, essa potrà servirci di pietra di paragone, rischiarirci il diagnostico, e servire più direttamente gli interessi della chirurgia, sia per evitare operazioni inutili e dannose, sia per mostrare altre volte l'urgenza e la necessità di un intervento.

Così molte laparotomie esploratrici, molte mutilazioni praticate allo scopo di combattere dolori detti ovarici, ribelli, allo scopo di togliere annessi ammalati per lesioni di dubbia natura, dovranno essere d'ora innanzi differiti o proscritti, prima di aver esaurite tutte le risorse (d'una innocuità assoluta, se esse sono praticate colle norme asettiche necessarie), sia dal lato della mitigazione faradica, sia dall'altro della reazione galvanica intra-uterina. DECIO.

BRINDEAU. — **Due casi di distocia dovuti alla resistenza dell'orificio vaginale.** — *Progrès Médical,* III serie, Tomo II, N. 34, 24 Agosto 1895.

Furono due casi osservati nell'Hôpital de la Maternité diretto dal prof. Budin. Le proprietà fisiologiche dell'anello vulvare, e dell'anello vaginale sono assai differenti. Mentre che il primo può per la sua elasticità lasciarsi distendere grandemente, il secondo per converso è poco o punto estensibile. Per ciò non è raro il caso di vedere l'anello vulvare intatto dopo il parto, mentre l'orificio vaginale di

solito si lacera al momento dell'uscita della testa; si comprende come data la eccessiva resistenza di tale anello il parto spontaneo divenga impossibile. La testa per le contrazioni uterine è spinta contro il perineo e la risultante delle pressioni prodotte dalle contrazioni uterine si effettua generalmente al centro del perineo, ed è appunto in questi casi che noi potremo osservare quella modalità di lacerazioni appunto dette centrali. Nelle due osservazioni dell'A. è posto fuori di dubbio che non fosse l'orificio vaginale, quello che impediva il disimpegno della testa. Introducendo l'indice fra la testa e l'orificio vulvare, si sentiva questo orificio molle elastico, mentre l'orificio vaginale formava una briglia resistente che circondava il capo. Anche il perineo era assai estensibile. Bastò incidere una piccola parte di tessuti formanti l'orificio vaginale, ed il parto si effettuò spontaneamente.

Seguono le due osservazioni esposte in modo assai dettagliato, in ispecial modo la seconda la quale è interessante per questo fatto. Tutti sono d'accordo nell'affermare che bisogna riunire le lacerazioni vagino-ano-perineali subito dopo il parto, ma in taluni casi (come nel descritto) sia che la donna sia stata infettata, sia che il perineo compresso e disteso mostri un incipiente sfacelo, la sutura primaria non attecchisce. L'A. non crede che sia d'uopo di aspettare la cicatrizzazione completa per addivenire ad un intervento plastico, poichè con un semplice raschiamento delle superfici granuleggianti e consecutiva sutura, egli potè ottenere una cicatrizzazione perfetta. Queste perineorafie secondarie possono adunque rendere indubitati vantaggi. Decio.

MICHELINI. — **Rendiconto ostetrico-ginecologico dell'anno 1894 dell'Istituto di Maternità nell'Ospedale Pammatone in Genova.** — Genova, Tip. dei Sordo-Muti, 1895.

Il rendiconto è diviso in due parti, la prima ostetrica, la seconda ginecologica; segue poi un prospetto del movimento dell'ambulatorio annesso alla Maternità; sopra 331 gravide si ebbero 282 parti, di cui 240 a termine, 29 prematuri, 13 abortivi. Tutti i puerperi furono fisiologici. Dei nati 244 furon vivi, 12 morti macerati, 6 morti avanti il travaglio, 5 durante il travaglio, 11 furono le applicazioni di forcipe, 4 rivolgimenti, 1 craniotomia, 1 estrazione podalica, 6 parti prematuri provocati, di cui 4 a scopo ostetrico, 1 sinfisiotomia, 9 suture perineali.

Sopra 216 ammalate di forme ginecologiche per affezioni della vulva, della vagina, dell'utero, degli annessi, del peritoneo e del cellulare pelvico, furono eseguite complessivamente 75 operazioni di cui 21 furono interventi laparotomici per svariate indicazioni, con due soli decessi: l'uno per degenerazione adiposa del miocardio in 4.ª giornata dopo una laparo-isterectomia sopravaginale, l'altro in 2.ª giornata dopo una laparotomia per peritonite purulenta saccata. Decio.

GIRERD et NOIR. — **Sull'uso della cocaina come anestetico nella colpo-perineorafia.** — *Progrès Médical,* 3 serie, T. II, N. 38, 21 Settembre 1895.

Gli autori espongono l'osservazione di una colpo-perineorafia la cui durata fu di 35 minuti, ed in cui non vennero usati che 5 centigrammi dell'alcaloide. La paziente, benchè pusillanime, non si lagnò del benchè minimo dolore. Credono che l'uso della cocaina in chirurgia, sia assai utile ogni qualvolta si tratti di operazioni di durata *relativamente* breve, ed alla condizione che il chirurgo non sorpassi nell'uso la dose di 20 centigrammi, e si circondi di talune precauzioni quali: 1.° servirsi di soluzioni al centesimo, e di recente preparazione; 2.° non impiegare, in via ordinaria, una quantità superiore ai 15 centigrammi di alcaloide; 3.° la paziente deve avere poi il petto libero e giacere in decubito dorsale, e non essere perfettamente digiuna; 4.° durante l'operazione somministrare alla donna una tazza di caffè. DECIO.

OCTAVE PASTEAU. — **Complication post-opératoire de l'hysteréctomie vaginale totale, polipe muqueux de la trompe utérine.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, Octobre 1894.

Dopo aver accennato al favore che oggi giorno ha incontrato l'isterectomia totale per la via vaginale, e le sue varie indicazioni, l'autore espone una osservazione personale, allo scopo di richiamare l'attenzione sopra una complicazione quasi immediata dell'atto operativo e sulla quale in Francia non venne ancora fatto uno studio completo. Trattasi di donna operata di isterectomia il 25 Settembre da Lejars per fibromi sottomucosi ed interstiziali, le pinze sono levate addì 29 (?) ed il 30 vuole uscire dall'ospedale. Venne però lasciato in posto il tampone stesso messo in vagina durante l'atto operativo. Sei mesi dopo al fondo della vagina esisteva una superficie vegetante molliccia attaccata nel mezzo della cicatrice, e non si scorgeva alcuna infiltrazione in tutto il restante della vagina. Esisteva leucorrea ma non fetida, non dolori, non scolo sanguigno. Dopo ripetute escisioni e cauterizzazioni la malata guarì perfettamente. L'esame microscopico dei pezzi escisi dimostrò che la neoformazione era nata a spese degli elementi della mucosa delle trombe, le quali ad utero esportato se non sono aderenti rimangono fluttuanti nella pelvi e possono abbassarsi nel campo operatorio e sporgere e rimanere strozzate nel limite di cicatrice. Poichè nell'atto di togliere il tampone che sostiene le anse intestinali, gli oggetti contenuti nel piccolo bacino vengono a sentire di un mancato sostegno, di guisa che i monconi delle tube cadute nella breccia vi aderiscono.

Siccome poi il lavorìo di cicatrizzazione al fondo vaginale accade celeremente, ed il tessuto cicatriziale opera uno stiramento eccentrico, ne consegue un allar-

gamento del lume tubarico che predispone all'ernia della mucosa degli ovidotti, ad un vero ectropion, costituendo così un vero polipo mucoso, facilmente confondibile con una precoce recidiva, allorchè l'isterectomia fosse stata praticata per cancro dell'utero.

Conclude che nei casi di isterectomia vaginale bisogna levare le tube più che sia possibile e sezionarle il più lontano possibile dai loro attacchi uterini. Il che, se è importante, se l'indicazione è quella del cancro, può avere il suo interesse se la operazione fu diretta al altri scopi.

Se dopo una isterectomia per neoplasma, trovasi al fondo della vagina una qualche massa vegetante con caratteri sospetti, prima di giudicare la medesima siccome una recidiva, sarà necessario istituire un esame microscopico accurato, per vedere se per avventura non si trattasse invece di una proliferazione senza reale importanza, e ciò anche per ulteriore sicurezza dell'operata e dell'operatore (1).

DECIO.

JOUIN. — **Nuova terapeutica medica nei casi di fibromi uterini.** — *Progrès Médical*, 3 Agosto 1895, pag. 73.

L'A. ha somministrato l'estratto tiroideo in pastiglie di 0,15 centigrammi (da 4 ad 8 al giorno), ad alcune pazienti affette da fibromiomi. In tre casi osservò

---

(1) A proposito della pubblicazione del dott. PASTEAU aggiungerò una notizia che concerne un caso di isterectomia vaginale totale per metro-carcinoma eseguita colla forcipressura dal prof. Mangiagalli nel mese di Novembre dello scorso anno. Trattavasi di un caso in cui il neoplasma era in fase assai avanzata; levate le pinze dopo 48 ore e la garza successivamente in 4.ª e 5.ª giornata dalla operazione, la paziente fu poscia tenuta a letto, nè fu permesso alla medesima di alzarsi se non in 14.ª giornata. In quella stessa mattina io procedetti alla esplorazione e trovai che il fondo vaginale era sede di una tumescenza molliccia indolente di forma conica coll'apice rivolto verso l'ostio vulvare, e della grandezza di una mandorla rivestita del suo mallo. Quella massa non era sanguinante, e d'altronde non era accettabile l'ipotesi che si trattasse di una così rapida riproduzione del neoplasma al fondo della vagina. Esaminata collo speculum, potè essere stabilito che quella tumescenza altro non era che un'ovaia, la quale prolassata fra le labbra della incisione vaginale s'era quivi fissata. Procedetti alla escisione coll'ansa galvanica, ed il pezzo esportato, fatto oggetto di ricerche istologiche, confermò quanto erasi sospettato. Un altro caso, ma nel quale l'accidente si verificò in minor grado fu offerto, da una paziente da me operata [di isterectomia vaginale (forcipressura) per fibromiomi dell'utero] nel mese di Maggio dell'anno 1895 nel Comparto ginecologico dell'Ospedale Maggiore, col consenso dell'egregio prof Mangiagalli, assente in quella giornata. In convalescenza inoltrata, il fondo della vagina offriva al riscontro la presenza di una piccola massa sessile, grossa quanto una fava, misurata nel massimo diametro. Non essendo quivi possibile la recisione col mezzo del filo incandescente, poichè la tumescenza era di poco rilevata sulle pareti della vagina, procedetti a ripetute ignipunture mercè le quali a poco a poco riuscii ad ottenere una completa cicatrizzazione, talchè pochi giorni sono, riveduta la paziente, potei constatare che al fondo della vagina le pareti sono perfettamente a mutuo contatto. DECIO.

diminuzione delle emorragie, due volte la scomparsa parziale del tumore. Egli crede che le ricerche devono essere proseguite, benchè le ultime idee emesse sulla fisiologia della ghiandola tiroide non permettano di dare che delle spiegazioni assai ipotetiche sul meccanismo dell'azione del succo tiroideo nella terapeutica dei fibromiomi della matrice. DECIO.

LARAT e GAUTIER. — **Cura dei vomiti nervosi e dei vomiti della gravidanza col mezzo della elettricità.** — *Puglia Medica,* Maggio 1895.

Gli autori non ammettono l'uso della corrente faradica, che da Stein, Leute, Popper, Duchenne, fu vista poco efficace, e consigliano invece la corrente galvanica discendente ad una intensità debole fra gli 8 e i 10 milliampères e della durata oscillante dai 15 ai 30 minuti. Le sedute devono essere ripeture ogni giorno, e se i vomiti son ribelli anche più volte nella stessa giornata.

DECIO.

CUNNIGHAM. — **Metodo di preparare il catgut.** — *Racc. Medico,* Serie V, N 3, vol. XX, 30 Luglio 1895.

Avvoltolato sopra un rocchetto di vetro il catgut del commercio, lo si immerge per due giorni in una miscela a tre parti uguali di alcool assoluto ed etere, indi lo si passa in alcole per alcuni istanti. Si pone poi in una pentola in cui sianvi a parti uguali formalina, alcole, acqua distillata bollita, ma in copia sufficiente da tener sommerso il rocchetto. Dopo tre giorni si leva il rocchetto, si lava nella formalina di nuovo con alcol fresco, oppure si fa bollire in soluzione normale di cloruro di sodio per un'ora e più. Si conserva poscia nell'alcole assoluto.

Con questo trattamento, il catgut non diventa rigido o fragile, ed anche bollito in acqua non perde della sua resistenza, tanto che può essere bollito ogni volta prima di servirsene. DECIO.

FARGAS. — **Anuario de la Clinica privada del doctor Fargas,** catedrático de obstetricia y ginecologia. — Barcellona, 1895, Tipografia l'Avenç. Ronda de la Universitad, 4.

È il secondo rendiconto che il ginecologo di Barcellona dà alle stampe, dopo undici anni dalla fondazione della Clinica. Esso consta di varie parti.

I. *Dell'intervento chirurgico nei casi di fibromiomi dell'utero.* (Dott. Fargas). Sopra 67 casi di fibromiomi uterini in cui l'A. intervenne per via laparotomica,

ebbe 53 guarigioni e 14 decessi, così suddivisi: 1 in caso di isterectomia per fibromi multipli; 7 per isterectomia addominale sopravaginale, trattamento esterno del peduncolo; 2 col peduncolo affondato, 3 colla isterectomia totale senza peduncolo (forcipressura-legature). Aggiunge un caso di morte in cui la operazione fu impossibile.

II. *Della torsione del peduncolo nei tumori dell'ovaio.* (Dott. Francisco Fabregas Mas). L'A. dopo aver dato uno sguardo alla sintomatologia di simile accidente, dopo aver delineate le alterazioni del peritoneo, delle cisti stesse, coi fenomeni che di solito susseguono, dopo aver brevemente trattato del diagnostico conclude: 1.° Ogni qualvolta si è fatta diagnosi di tumore ovarico peduncolato, questo deve esser tolto al più presto possibile. 2.° Non deve mai essere punta una cisti ovarica, poichè oltre che ciò non soddisfa ad alcuna indicazione curativa, espone la paziente ai pericoli della torsione. 3.° Una cisti ovarica complicante una gravidanza deve, se diagnosticata, operarsi prima del parto, allo scopo di evitare eventuali torsioni in puerperio, le quali potrebbero avere delle fatali conseguenze. 4.° Ogniqualvolta una torsione del peduncolo è diagnosticata si deve procedere immediatamente alla ovariotomia.

III. *Osservazioni sulla anestesia.* (Dott. Estrany). È un lavoro basato sull'esperienza di 2000 anestesie. Dopo aver descritto il modo di azione degli anestetici sui centri nervosi, dopo aver dato uno sguardo alla composizione chimica de' medesimi, passa in rassegna le intolleranze individuali per l'anestesia tipica o normale, nei suoi diversi periodi: 1.° di eccitazione cosciente; 2.° di ipnosi (nel quale permangono ancora dei riflessi incoscienti); 3.° di eccitazione incosciente cerebrospinale, specialmente verificabile negli alcoolisti, negli isterici, ecc. dopo il quale inizia il vero periodo di anestesia perfetta, incosciente o chirurgica. Descritti pure con accurata minuzia sono: il periodo di ritorno alla sensibilità, e tutti quei fenomeni che sogliono andar compagni collo svegliarsi del soggetto cloroformizzato. Si intrattiene poscia degli accidenti e dei fenomeni anormali gravi presentati tanto dall'apparecchio respiratorio, quanto dal circolatorio, enumerando anche le congestioni cerebrali, le asfittiche, le sincopali, le asfissie per ispasimo, mettendo in guardia il chirurgo contro tutte quelle affezioni le quali possono essere reputate formali controindicazioni della cloronarcosi.

La cura asèptica en la clínica. (Dott. Torras y Pascual). In questa memoria sono contenute tutte le particolarità inerenti ai vari modi di sterilizzazione in uso presso la Clinica di Barcellona.

Tópicos vaginales. (Dott. Carbò y Carbò). L'A. mette in rilievo i vantaggi che si possono ottenere in molti casi anche da questa branca della terapeutica ginecologica; si intrattiene sulle iniezioni, sui suppositori, considerando tali presidi dal punto di vista dello strumentario, della composizione chimica delle sostanze usate e sui loro effetti.

Mesa de operacions. (Dott. Fabregas). È la descrizione del letto di operazioni di Mathieu-Péan, e di cui sono fornite 4 nitide figure rappresentanti il letto stesso in diverse funzioni.

Estadística. Enfermas operadas del 1° de Octubre de 1892 al 31 de Diciembre de 1894. Sono esposte 218 *operazioni per via vaginale* con tre decessi così suddivisi, uno in seguito a formazioni di vagina artificiale in casi di assenza totale della vagina, con ematometra ed ematosalpinge, e due in seguito ad isterectomia, una per epitelioma del collo e l'altra per fibroma in isfacelo.

Operazioni laparatomiche. 68 con 61 guarigioni e 7 decessi così suddivisi: 4 in casi di cistomi, 2 per broncopolmonite e due per sepsi, 2 in casi di fibromi per sepsi. DECIO.

SPANNOCCHI. — **Ernia inguinale doppia. Prolasso dell'utero; cura radicale col metodo Bassini e contemporanea fissazione laterale dell'utero.** — *Raccoglitore Medico,* Serie V, N. 10, vol. XIX, 10 Aprile 1895.

La paziente di 62 anni, oltre alle ernie inguinali, nella stazione eretta presentava l'utero penzoloni fra le coscie, protrudente di circa 15 centimetri dal vulvare orifizio, accompagnato da cistocele e rettocele. L'operatore, approfittando delle incisioni fatte per la cura delle ernie, fissò l'utero nel cavo pelvico praticando le suture fra i legamenti larghi ed il peritoneo prepubico, meno mobile di quello delle pareti addominali. Ebbe poi cura di comprendere il periostio per dare maggior punto di solidità. DECIO.

E. CASATI. — **Taglio cesareo col metodo Porro per stenosi pelvica in primipara rachitica con feto a termine premorto e cancrena del setto vescico vaginale.** — *Raccoglitore Medico,* Serie V, N. 12, vol. XIX, 30 Aprile 1895.

Esposto il caso clinico l'operatore si sofferma a considerare se il metodo seguito fu razionale. Esclude la embriotomia per la c. v. di 5 cm; per la vescica non svuotabile e distesa oltre il bellico rifiutò la sinfisiotomia quale complemento della embriotomia. Abbracciò il metodo demolitore alla maniera del Porro, non sembrandogli poter fare a fidanza con un utero nel quale già incoati erano segni di flogosi (t. 40.4 lieve raccolta ascitica), e pel quale temeva che la infezione potesse estendersi al peritoneo, e tanto più per la coesistenza della cancrena del setto vescico vaginale. Quest'ultima peculiarità poi controindicava sia la isterectomia to-

tale sia l'affondamento del peduncolo. Dopo un breve raffronto dei metodi di Porro e di Sänger, metodi che per l'A. non sono rivali, ma hanno diritto entrambi di incedere alla pari, espone le indicazioni della operazione dell'ostetrico milanese, e termina la comunicazione coll'esporre un'osservazione di taglio cesareo che spetta al prof. Grillenzoni, che dice non mai pubblicata e che risale al 7 Giugno 1859 (1).

DECIO.

BOARI ACHILLE. — **Rene mobile. Nefropexi.** Guarigione. — *Raccoglitore Medico,* Serie V, N. 9, vol. XX, Settembre 1895.

Dopo un rapido sguardo alla storia della operazione, alla eziologia e patogenesi di tale affezione, non che alla sintomatologia, ed alla parte che spetta alla diagnosi, la quale non sempre è così facile come suole essere nella maggior parte dei casi, l'A. parla dei due mezzi di cura di cui dispone la chirurgia, cioè degli apparecchi contentivi e dell'intervento operatorio. Si mostra poco fiducioso verso i primi i quali giovano assai poco ed inducono le pazienti a domandare una cura radicale. Cita le statistiche della nefropexi pubblicate da Tuffier, da Delagénière, di Edelbohls, di Tillmanns, di Neumann, i procedimenti operatori di Hahn, Weir Lauenstein, Agnew, di Bassini, di Ceccherelli, Tuffier, Duret, ecc. intesi a rendere solida o duratura la fissazione del viscere dislocato, i quali partendo dalla semplice fissazione della capsula adiposa, arrivarono fino alla decorticazione di un punto della superficie renale, allo scopo di garantire meglio la definitiva guarigione. Espone poscia un proprio caso operato col metodo di Tuffier e seguito da guarigione. Nelle orine non fu riscontrata la presenza di sangue ad onta della decorticazione parziale superficiale, e ad onta che nella sostanza renale fossero passati due fili. Riguardo ad una lieve albuminuria transitoria, l'A. è d'avviso che essa sia stata sostenuta da una piccola zona di nefrite sclerotica al punto della decorticazione.

DECIO.

---

(1) Benchè il Casati ci avverta che il Grillenzoni *nella sua modestia non ha mai pubblicato quel caso,* che fu solo oggetto di una comunicazione verbale in grembo all'Accademia Medica Chirurgica di Ferrara, tuttavia quel caso fu già reso noto per le stampe e con sufficiente larghezza di dettagli dal compianto prof. Corradi, che dice averne pur esso avuto notizia dallo stesso Grillenzoni (Vedi CORRADI. « Dell'ostetricia in Italia dalla metà dello scorso secolo fino al presente. » Capo 36, pag. 1061).

BIBLIOGRAFIA

A. LUTAUD, medico aggiunto di S. Lazzaro. — **Manuel des maladies des femmes,** clinico e operatorio. Un vol. in 12 di 508 pagine, 3.ª ediz., con 108 vignette e un *Memento formulario,* Parigi, 1895, Battaille, editore. — Prezzo L. 8.

L'autore ha cercato di riunire in questa nuova edizione, completamente trasformata, i processi operatorii di recente introdotti nella pratica ginecologica.

I processi di diagnosi e i nuovi metodi di esplorazione sono descritti minuziosamente. Il massaggio ginecologico, la cura degli spostamenti uterini, l'impiego dei pessari americani, i sistemi di fissazione dell'utero furono studiati con cura.

Infine questa nuova edizione contiene un capitolo importantissimo sul trattamento dei fibromi e delle grandi suppurazioni pelviche *per la via vaginale.* Si sa che questa è una questione all'ordine del giorno e che l'isterectomia applicata alle lesioni degli annessi (operazione di Péan e di Segond) fu lungamente discussa negli ultimi due anni.

Questo libro può dunque essere considerato come un vero manuale di ginecologia operatoria. Per rendere maggiormente chiara la descrizione di ogni metodo, l'autore ha notevolmente aumentato il numero delle illustrazioni. La prima edizione non conteneva che 160 figure; questa ne ha 418.

A malgrado di tutti questi miglioramenti e di tutte queste trasformazioni, il libro del sig. Lutand è rimasto un vero manuale alla portata degli allievi e dei praticanti.

La pratique gynécologique dans les Hôpitaux de Paris. Memoriale formulario di terapeutica applicata dal prof. PAOLO LEFERT. Un volume in-16 di 288 pagine, L. 3, libreria J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, vicino al boulevard Saint-Germain, a Parigi. Questo volume fa parte del *Manuale del medico praticante.*

Tutti i praticanti saranno grati al prof. Lefert che in un piccolo volume presenta chiara e precisa la *pratica* dei ginecologisti degli ospitali di Parigi: MM. Auvard, Berger, Bouilly, Lucas-Championnière, Chaput, Chéron, Delbet, Doléris, Duplay, Hartmann, Le Dentu, Péan, Polaillon, Pozzi, Quenu, Richelot, Schwartz, Segond, Terrier, Tillaux, ecc.

Si troveranno trattate in questo libro le questioni che si offrono ogni giorno all'osservazione di ogni medico e chirurgo: l'asepsi e l'antisepsi ginecologiche, il cancro del seno, il cancro dell'utero, la castrazione, la cura e il *curettage* (raschiamento) dell'utero, l'elettricità in ginecologia, l'endometrite, i fibromi uterini, le fistole, l'isterectomia, le iniezioni uterine e vaginali, i cisti dell'ovario, la laparotomia, il massaggio dell'utero, le metriti, le nevralgie pelviche, le ovaro-salpingiti, la perineorrafia, il prolasso, le pio-salpingi, le retrodeviazioni, le salpingiti, la

subinvoluzione uterina, le suppurazioni pelviche, il tamponamento dell'utero e della vagina, la tubercolosi della tromba e dell'ovario, i tumori dell'utero e dei suoi annessi, la vaginite, ecc.

Quest'opera è dovuta alla collaborazione di 60 medici degli ospedali di Parigi, e contiene più di 400 consulti sui casi più nuovi e più svariati.

Il praticante è sempre certo, qualunque sia la sua scelta, di appoggiarsi ai consigli di un confratello autorevole.

Per facilitare le ricerche, il libro è completato da due tavole alfabetiche, l'una col nome degli autori, l'altra per ordine delle materie. In modo che si può avere insieme il parere di questo e di quel professore sulle diverse questioni che sono all'ordine del giorno e nello stesso tempo passare in rassegna le opinioni dei diversi professori sopra un soggetto determinato.

Congresso periodico internazionale di Ginecologia e di Ostetricia

2.ª Sessione — *Ginevra, Settembre 1896.*

PROGRAMMA OFFICIALE.

Ginecologia: 1.° Trattamento delle suppurazioni pelviche. — *Relatori:* Bouilly, Parigi; Kelly, Baltimore; Sænger, Lipsia.

2.° Trattamento chirurgico delle retro-deviazioni uterine. — *Relatori:* Küstner, Breslavia; Pozzi, Parigi; Polk, New-York.

3.° Quale è il modo di chusura dell'addome che possa meglio garantire contro gli ascessi, le eventrazioni e le ernie? — *Relatori:* Granville-Bantock, Londra; La Torre, Roma.

Ostetricia: 1.° Frequenza relativa e forme le più comuni dei restringimenti del bacino secondo i differenti paesi o regioni. — *Relatori:* Fancourt Barnes, Londra; Dohrn, Königsberg; Fochier, Lione; Kufferath, Bruxelles; Jentzer, Ginevra; Lusk, New-York; Rein, Kiew; Pawlick, Praga; Pestalozza, Firenze; Treub, Leyden.

2.° Trattamento dell'eclampsia. — *Relatori:* Charles, Liegi; Charpentier, Parigi; Halbertsma, Utrecht; Veit J., Berlin; Mangiagalli, Milano-Pavia; Parvin, Filadelfia; Smyly, Dublino.

Come lo indica il nome e la scelta dei relatori, la Commissione, desiderosa di provocare su certe questioni delle inchieste e delle discussioni generali, ha fatto in modo che le opinioni delle principali scuole fossero estese e sottoposte alla discussione.

Le adesioni e il prezzo delle sottoscrizioni devono essere indirizzate al signor dott. Bourcart, tesoriere del Comitato, 4, rue Tour-de-l'Ile, Ginevra. Egli si incarica di far recapitare dalla posta il prezzo delle sottoscrizioni dei membri residenti in Svizzera, gli stranieri possono indirizzargli le sottoscrizioni con vaglia.

Le sottoscrizioni ed adesioni si possono ricevere anche dai singoli segretari a partire dal 1.° Settembre 1896.

Un Comitato si incarica di procurare l'alloggio nei principali alberghi di Ginevra.

Segretario per l'Italia, prof. F. La Torre, Via XX Settembre, 8, Roma.

COMUNICATO.

Quale relatore, per l'Italia, sulla questione del *Trattamento dell'Eclampsia*, nel prossimo Congresso internazionale di ostetricia e ginecologia, faccio viva preghiera ai colleghi italiani che non l'avessero ancor fatto, a volermi trasmettere i risultati della loro pratica in quanto riguarda questa affezione. Per facilitare il compito dei relatori, il comitato d'organizzazione invia il seguente schema, che prego i corrispondenti di prendere per modello.

Trattamento dell'Eclampsia.

	PRIMIPARE	MULTIPARE	OSSERVAZIONI
Numero totale dei nati.			
Numero totale delle eclamps.			
Mortalità delle madri in generale.			
Mortalità delle madri eclampsiche.			
Mortalità dei nati da madri eclampsiche.			
Frequenza delle operazioni e natura dei differenti modi d'intervento operatorio.			
Altri trattamenti.			

Se esiste qualche pubblicazione fatta sia da voi stesso, sia dai vostri predecessori, riguardante l'argomento in discorso, io vi sarò obbligato se vorrete farmela pervenire.

A meno di domanda contraria, il nome dei corrispondenti sarà indicato nel mio rapporto. Non ho certo bisogno d'insistere sull'importanza considerevole di questa inchiesta, ed io credo poter contare sopra la solidarietà scientifica di tutti i medici italiani per permettermi di condurla a compimento.

Prof. L. Mangiagalli, *Pavia.*

RETTIFICA

Chiarissimo Signor Professore,

Mi permetto poche riche di rettifica al lavoro del prof. Bossi pubblicato negli *Annali,* Ottobre 1895 « *Ancora della dilatazione del collo dell'utero in ostetricia.* »

A pagina 673 si legge: « *Pluripara, ebbe già parti spontanei a termine. Presentasi a termine gravidanza con stenosi del collo . . . . . oltre al feto si perdette anche la madre.* » (Dott. Michelini. « Rendiconto della Maternità di Genova » 1887).

Or bene nel Rendiconto dell'anno 1886 stampato nel 1887 si legge molto diversamente da quanto ha scritto il prof. Bossi.

Il caso citato si riferisce a certa Assunta B. che ebbe tre parti a termine, ma non *spontanei;* nel primo parto fu applicato il forcipe, feto morto; nel secondo previe incisioni sul collo, fu applicato il perforatore Blot, quindi il forcipe ed in ultimo l'uncino ottuso; nel terzo, dopo di avere tentato inutilmente di dilatare il collo con ripetute incisioni, fu da me praticato il taglio cesareo il giorno 12 Agosto 1886. Il feto era morto da quattro giorni.

La lunghezza del collo dell'utero era di 5 cent., ed il suo spessore oscillava fra i 3 o 4 cent.

Veda il lettore se il caso presentato così poco a proposito dal prof. Bossi possa più dirsi quello da me pubblicato nel Rendiconto della Maternità di Genova nel 1887.

La ringrazio della ospitalità data a questa rettifica e mi dichiaro con stima

Genova, 23 Dicembre 1895.

Devotissimo
Dott. Gerolamo Michelini
Direttore dell'Istituto di Maternità di Genova.

Prof. **Luigi Mangiagalli**, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XVIII. Marzo 1896. Num. 3.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND 15 M 96 LIBRARY

ISTITUTO DI ANATOMIA PATOLOGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI GENOVA
diretto dal Prof. VINCENZO BRIGIDI

Contributo alla spiegazione delle cisti ovariche intralegamentose

UN NUOVO RARISSIMO ESEMPIO DELLE MEDESIME

Nota del Prof. V. BRIGIDI

Un ventennio fa erano conosciute oltre alle cisti ovariche propriamente dette, le altre del paraovaio e dei ligamenti lati, ma queste due ultime specie di cisti, come lo affermò anco il Virchow, si distinguevano facilmente per il loro volume mai molto considerevole.

Nel 1876 il Kaltenbach (1) fece conoscere un'altra specie di cisti; le ovariche intralegamentose delle quali ammise due varietà: ora la ciste si dirige all'insu applicandosi contro uno dei margini dell'utero al quale aderisce respingendolo in alto ed in avanti; il segmento inferiore del tumore è situato nel tessuto connettivo del piccolo bacino, mentre il segmento superiore sporge al disopra di questa cavità: ora la cisti si dirige in dietro e può situarsi sotto la S iliaca nel mesocolon ove la trovò due volte: in tali casi egli asporta della cisti tutta la parte dominabile e sutura l'altra.

Un anno più tardi l'Hegar confermò le osservazioni del Kaltenbach e tutti due questi autori, nel loro trattato di ginecologia del 1881, dettero delle cisti intraligamentose una chiara e minuta descrizione. Il tumore cistico può mancare di peduncolo: una parte del tumore si eleva nella cavità addominale e l'altra rimane fuori del peritoneo fra

(1) KALTENBACH. « Ueber die operative Behandlung der extraperitoneal inserirten Ovarialkystome. »

le pagine del ligamento lato; e quando la ciste è molto voluminosa si applica sulle pareti laterali del bacino e può anco venire a posarsi sulla fossa iliaca. In dentro il tumore respinge l'utero del quale può separare la tunica peritoneale e può anco in taluni casi passare tra le due pagine del ligamento del lato opposto. Se dalla ciste è respinto il foglietto anteriore il segmento extra-peritoneale del tumore può avanzarsi dietro i muscoli della parete anteriore fino all' ombellico. Se deprime il foglietto posteriore, il tumore può insinuarsi a sinistra sotto il mesocolon della S iliaca, ed a destra sotto il mesocceco. In questi casi il tumore si mette in rapporto con i vasi iliaci e può giungere sino alla regione dei reni. Da quel tempo in poi molti esempi di cisti intraligamentose sono stati riferiti, ma per ciò che concerne la spiegazione della sede loro, nessuno accordo sino ai tempi nostri è stato possibile fra i patologi.

Il Winkler (1) ammise la possibilità che le cisti intraligamentose derivassero da ovaia supplementari: ma questa opinione se può spiegare la presenza nei ligamenti lati di cisti aventi i caratteri delle ovariche in casi nei quali le ovaia occupano la sede loro normale, non rende però conto come mai quelle cisti si trovino al disotto del peritoneo, sapendosi, dopo gli studi del Valdeyer, che questa sierosa si arresta all'ilo di tale organo e non vi passa al disopra come ritenevano gli anatomici prima di lui.

Il Fischel (2) studiando tre tumori, estirpati dal prof. Breiscky da una donna, riferisce che, a destra, uno dei tumori era formato dall'ovaio ipertrofico ed un secondo da una ciste che egli ritiene fosse paraovarica e che conteneva 10 litri e mezzo di liquido albuminoso.

Questo secondo tumore si era sviluppato tra i due foglietti della piccola ala mediana nello spazio compreso tra il padiglione della tromba, il suo orifizio esterno e l'ovaio.

La estremità della tromba si applicava sopra il tumore come una striscia sottile ed appianata per la lunghezza di 28 cm. L'ovaio era contiguo al tumore per il suo ilo ma non si confondeva con esso. Le

---

(1) WINKLER. « Eine Ovariotomie triplex bei Ueberzahl von Ovarien. » *Arch. für Gynaek.*, B. XIII, Heft 2, pag. 276, 1876.

(2) FISCHEL. « Ueber Paraovarialcysten und parovarielle Kystome. » *Archiv f. Gynäck.*, B. XV, Heft 2, pag. 198, 1879.

pareti della ciste erano formate: 1.° di uno strato interno di epitelio cilindrico rivestente uno strato di connettivo omogeneo e chiaro; 2.° di altro strato incompleto di fibre liscie e di connettivo lasso con glandole foggiate a lacune e tappezzate da epitelio cilindrico basso. Sembrò all'autore probabile che questa ciste facesse parte dell'ovaio e che quest'organo fosse coperto dal peritoneo come lo era intieramente il tumore situato a sinistra. La sede della ciste, i rapporti che esso aveva coll'ovaio ipertrofico e la tessitura delle sue pareti, inducono a ritenere che essa non fosse del paraovaio, ma che avesse avuto origine da qualche germe separatosi dall'ovaio e rimasto incluso fra le pagine della sierosa in prossimità dell'ovaio ipertrofico.

Però gli ostetrici odierni quasi tutti ammettono che le cisti del paraovario possano giungere a gran mole, e conseguentemente si trovano condotti a ritenere che non poche cisti intraligamentose sieno di origine paraovarica. Talune anzi, secondo essi, potrebbero nascere non solo dal corpo di Rosenmüller ma anco dai canaletti del rene primitivo o dutti del Gartner. Le cisti che provengono dagli organi embrionali ora ricordati giacciono indubbiamente fuori del peritoneo e possono perciò considerarsi intraligamentose.

Ma dobbiamo noi confonderle con le cisti ovariche che si sviluppano fra le pagine dei legamenti lati? Non lo credo.

Gli anatomici per quanto io sappia non hanno mai veduto cisti paraovariche più voluminose di un pugno. Il Virchow che nella sua omologia ha consacrato il tesoro della sua vasta esperienza, parlando delle cisti del paraovario e delle altre del ligamento lato, dice essere queste cisti piccolissime e che le più voluminose possono essere grosse quanto nocciuole, raramente di più. Del resto le cisti peri e paraovariche anco se di un certo volume, hanno le pareti sottilissime, trasparenti e contenuto sieroso limpido. Le cisti ovariche invece, abbiano origine da ovaio in posizione normale o da ovaia ectopiche o da germi ovarici dispersi nel ligamento lato, hanno pareti più grosse, di tessitura fibrosa e sono tappezzate internamente da epitelio polimorfo cilindrico o vibratile. Il contenuto poi è più denso, filante, mucoso o colloide e spesso misto a sangue che gli conferisce il colorito scuro. La ragione per cui le cisti intraligamentose che hanno origine da germi embrionali dell'ovaio posseggono caratteri identici a quelle delle cisti ovariche in posizione normale, verosimilmente si trova riposta nel fatto

che quei germi non risultano composti soltanto di tessuto epiteliale, ma si trovano costantemente avviluppati da porzioni dello stroma, il quale si ipertrofizza mano a mano che quelle cisti aumentano di volume. A me è occorso di osservare qualche volta una ciste, che io ritengo di derivazione ovarica, al disotto del corpo frangiato dell'ovidutto da non confondersi colle piccolissime cisti che non raramente si osservano nel posto della cosidetta idatide del Morgagni. A vero dire di queste cisti io non ne ho vedute più grosse di un piccolo limone, erano uniloculari; avevano pareti fibrose, madreperlacee, epitelio polimorfo e contenuto colloide.

Il Mereditk (1) asportò da una donna di anni 27 una ciste ovarica intraligamentosa che aveva oltrepassato l'ombellico. L'operazione, narra l'autore, dimostrò dei rapporti insoliti. Si arrivò sopra la ciste senza avere aperta la cavità peritoneale e fu anco possibile scivolare la mano d'alto in basso dietro la ciste e fare ad essa eseguire dei movimenti di altalena, per legare il peduncolo che la univa al lato destro dell'utero senza offendere il peritoneo parietale. Per tutto il tempo dell'operazione la ciste dovette essere scollata dal tessuto circostante, e risultò allora evidente che essa erasi sviluppata dall'ovaio destro e che nel suo accrescimento si era portata al davanti del peritoneo, sdoppiando lo strato celluloso che formava ad essa una specie di inviluppo esterno. L'esame del pezzo dimostrò che al disotto della ciste, verso il peduncolo, esisteva una massa carnosa piena di piccole cisti che fu ritenuta per l'ovaio intero.

La donna guarì dell'operazione subìta.

Da ciò fu facile comprendere che la ciste era ovarica ed intraligamentosa, e possiamo aggiungere che era sorta da un ovaio situato sotto al peritoneo.

Il dott. Alexis Vautrin (2) distinse le cause della inclusione delle cisti ovariche in anatomiche e patologiche. Nelle prime ripose: *a)* l'esistenza di ovaia sopranumerarie; *b)* la presenza dello strato ovigeno e dell'epitelio germinativo fra i foglietti del mesovario; *c)* l'assenza o lo spiegamento del mesovario; *d)* le congestioni mestruali o della gravidanza.

---

(1) MEREDITK. « Extraperitoneal ovariotomy. » *The Lancet*, vol. II, pag. 297, 1880.

(2) ALEXIS VAUTRIN. Thèse de Nancy, 1885.

Nelle seconde comprese: *a)* le congestioni di origine patologica e la dilatazione vascolare; *b)* i processi di ovarite, periovarite e di pelvi peritonite; *c)* il trapiantamento dell'ovaio ed i suoi spostamenti.

Delle accennate cagioni quelle che possono appagare la nostra mente per la intelligenza della sede intraligamentosa delle cisti ovariche sono: la presenza dello strato ovigeno e dell'epitelio germinativo tra i foglietti del mesovario, e il trapiantamento dell'ovaio.

La prima condizione è stata ammessa da non pochi autori e certamente ha l'importanza che viene ad essa assegnata. In quanto alla seconda condizione, essa pure può servire a dare la spiegazione desiderata, purchè l'ectopia dell'ovaio avvenga in modo che il peritoneo gli passi al disopra.

Le altre cause ammesse dal Vautrin non hanno il valore che ad esse accorda l'autore. La quarta che egli ripone fra le anatomiche, a vero dire, non è tale ma fisiologica e la sua importanza si limita alla genesi delle cisti ovariche non alla sede loro. Ed altrettanto dicasi delle congestioni patologiche. Nemmeno le ovaie sopranumerarie possono dare la chiave per la spiegazione dei cistomi fra le pagine del ligamento lato.

Se in un ovaio supplementario ha origine una ciste, questa occuperà una sede diversa dalle ordinarie cisti ovariche, ma la troveremo sempre far sporgenza al disopra del peritoneo, a meno che la ectopia non sia avvenuta in modo che la sierosa passi al disopra dell' organo ectopico.

I processi di ovarite, di periovarite e di pelvi peritonite, possono certamente contribuire alla genesi delle cisti per la irritazione che inducono nel tessuto epiteliale dell'ovaio, ma sarebbe impossibile intendere per tali processi lo sviluppo di tumori cistici fra le lamine dei legamenti lati.

Anco il Nagel (1), dà molta importanza alla ooforite cronica nello sviluppo delle cisti ovariche. Nega che normalmente le introflessioni dell'epitelio germinativo si continuino nel periodo post-embrionale per formare i follicoli e le uova, come hanno sostenuto il Paladino ed il Köster: ma sono conseguenza dello stato patologico di ovaie cronicamente infiammate, come risulta anco dalle osservazioni di Flaischen,

---

(1) Nagel. *Archiv. für Gynäch.*, Bd. XXXIII.

di Sinety e di Malassez. Però con tutto questo noi non arriviamo ad intendere come mai i cistomi ovarici debbono svilupparsi fuori del peritoneo nella regione dei ligamenti lati.

La periovarite e la pelviperitonite croniche, iperplastiche e formative, che dir si voglia, possono per le adesioni che inducono fra la superficie dell'ovaio e le parti vicine indurre tali spostamenti che dato lo sviluppo nell'ovaio di una ciste, questa sembri intraligamentosa: ma se in tali casi esamineremo attentamente le parti, ci accorgeremo facilmente dell' inganno.

Al principio di quest'anno ebbi occasione di osservare un esempio di perimetrite e periovarite cronica, nel quale il processo flogistico aveva indotto tali anomalie e disposizione degli organi genitali interni, che se nell'ovaio si fosse sviluppata una cisti, questa necessariamente doveva rimanere tappezzata da una neo-membrana connettiva sottile quanto una tela di ragno e che era tesa fra l'ovidotto di destra incurvato in basso ed in avanti ed il margine corrispondente dell' utero. Senza dubbio in questo caso la ciste facilmente sarebbe stata ritenuta di sede intraligamentosa. Il Terrillon (1) afferma che nel ligamento lato possono trovarsi indipendentemente dall'ovaio due varietà di grandi cisti; una uniloculare a contenuto poco albuminoso ed epitelio cubico, e l'altra mono o multiloculare a contenuto molto albuminoso ed epitelio polimorfo. In quanto alla loro origine non precisa un'opinione; ripete le opinioni avanzate dagli altri autori che fanno derivare queste cisti dal corpo del Rosenmüller, oppure da frammenti d' ovaio perduti nel ligamento lato.

Io penso che la prima ipotesi debba essere messa da parte e le ragioni le ho esposte di sopra. Quando le cisti sono del periovario le pareti sono esilissime, trasparenti ed il contenuto è sieroso: quando invece derivano da parti dell'ovaio, le pareti sono grosse fibrose, ed il contenuto è ricco di albumina o è mucoso o colloide. E ciò perchè i germi ovarici che possono trovarsi inclusi nel ligamento lato rassomigliano sempre nella loro tessitura all' ovaio normale: al tessuto epiteliale segue sempre lo stroma ovarico il quale alla superficie libera si affittisce per formare la membrana testacea.

---

(1) Terrillon. « Sur une variété de Kystes paraovariens et ses rapports avec les Kystes de l'ovaire. » *Bull. de la Soc. de Chirurg.*, XIII, p. 460-475, 1887.

I signori De Sinety e Malassez (1) inclinano a considerare i cistomi ovarici intraligamentosi come il risultato della degenerazione follicolare di ovaie supplementarie, e corroborano la loro opinione per i risultati dell'esame di 23 osservazioni raccolte in seicento autossie. Lasciando da parte la obbiezione che se la degenerazione può spiegare lo sviluppo delle cisti follicolari, non spiega l'insorgere dei cistomi, questa teoria non apporta alcuna luce alla spiegazione della sede intralegamentosa delle cisti medesime.

Il Coblentz (2) fa derivare le cisti dei ligamenti lati dai tubi glandolari che in essi normalmente si incontrano e afferma che queste cisti sono sempre monoloculari — poteva anco aggiungere che esse non arrivavano mai a grande mole e che si distinguevano facilmente da quelle che provengono dai germi ovarici e per la grossezza delle pareti e per il contenuto.

Meglio avvisato fu il Doran (3) ammettendo che nei ligamenti lati possano trovarsi ancora delle vere cisti ovariche, che prendono origine da germi embrionali accidentalmente dispersi nell'ilo dell'ovaio. Ma sebbene questa teoria abbia incontrato molto favore e sia stata avvalorata dagli studi istologici del Fasola (4), non ostante a me sembra che non rispecchi la realtà dei fatti, inquantochè deve essere oltremodo difficile che dei cul di sacco del Pflüger rimangano inclusi nello stroma, sapendosi come il bulbo fibro-miomatoso con i vasi ovarici si sviluppano indipendentemente dallo strato ovigeno e dopo che questo si è ripiegato in forma di doccia chiuso alle due estremità.

Ma dato anco che ciò accada, sembra più probabile che quei germi coll'andar del tempo spariscano per atrofia anzichè svilupparsi in tumore cistico, per la continua pressione mensilmente accresciuta nella ricorrenza dei mestrui che su di essi esercitano i numerosi vasi sanguigni i quali penetrano nell'ilo dell'organo. E se i germi giacessero anzichè sul centro alla periferia dell'ilo, trasformandosi in cisti, queste troverebbero meno resistenza a svilupparsi al disopra del peritoneo

---

(1) Malassez et De Sinety. « Sur la structure, l'origine et le développement des Kystes de l'ovaire. » *Archiv. de Phys. Ter.*, 1879-80-81.

(2) Coblentz. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, Rivista. Firenze, 1889.

(3) Alban Doran. « Clinical and pathological observations on tumours of the ovary. »

(4) Fasola. « Contributo alla tecnica operat. dei cistomi ovarici intraligamentosi dell'ovaio. » Milano, 1886.

che fra le lamine del ligamento lato, tanto più che sulla cresta dell'aletta posteriore nel punto di inserzione dell'ovaio, esiste un fascetto di tessuto connettivo che si continua con il legamento utero-ovarico ed in fuori con il ligamento tubo-ovarico. Quindi acquista maggior probabilità la opinione che la causa la quale turba nelle sue prime fasi il naturale svolgimento del processo formativo dell'ovaia, abbia per effetto la separazione dalla massa cellulare primitiva di frammenti più o meno piccoli, i quali a sviluppo inoltrato rimangono dispersi sulle parti vicine ora sopra, ora sotto la sierosa peritoneale. Tutti gli altri autori che hanno riferito esempi di cisti ovariche intraligamentose, allorchè si sono fermati a dare la spiegazione della insolita sede delle medesime, non hanno esternato opinioni nuove, ma chi ha abbracciato l'una chi l'altra di quelle che abbiamo più sopra esposte.

Non pochi autori hanno confuso le cisti del paraovaio derivanti dai residui del corpo di Rosenmüller o dai dotti del Gartner con le vere cisti ovariche intraligamentose; altri hanno abbracciato il modo di vedere del Doran ed hanno ritenuto che le cisti ovariche del ligamento lato provenissero da follicoli o cul di sacchi del Pflüger rimasti inclusi nell' ilo dell'ovaio: altri ancora ne hanno attribuita la causa alla presenza di ovaia supplementari, opinione questa che può essere accettata, purchè con il Vautrin ed il Terrillon si ammetta che i germi ovarici o le ovaie supplementari, in simili casi, sieno inclusi fra i foglietti del mesovario o in altri punti del ligamento lato, e finalmente è stato pure fatto accenno alla possibilità che l'ovaio intero si trovasse coperto dal peritoneo, come nei casi del Fischel e del Mereditk.

Quando le ovaia si trovano sotto la sierosa peritoneale, se nel corso della vita non hanno da esse origine tumori solidi o cistomatosi, facilmente passano inosservate all'apertura del corpo, per cui dagli anatomici questi casi sono citati come esempii di aplasia o di mancanza delle glandole genitali muliebri. I fatti di questa natura sono rari, ma io sono di parere che non lo siano tanto quanto è stato fino qui asserito. Nel corso di due anni ne ho osservati due esempi ed un altro esempio è stato non a guari riferito dal prof. Sangalli.

In uno dei miei casi le ovaie ectopiche sottoperitoneali avevano subìto la degenerazione cistica e per la sua singolarità mi riservo di riferire per intero più sotto.

L' altro caso lo verificai casualmente in una donna attempata che

sezionai nella scuola. Le ovaia mancavano e per quanto ricercassi per tutta la escavazione pelvica, agli inguini ed in altre regioni non mi venne fatto di trovarle. Allora esaminai attentamente da ambo i lati al disotto e un po' in dentro ed in dietro della estremità frangiata della tuba, nel luogo dell'aletta posteriore che era malamente pronunziata, e trovai a destra un piccolo corpo di circa 2 1[2 cm. di lunghezza su 2 cm. di larghezza, il quale era composto di piccole cisti e di un involucro fibroso: a sinistra invece, per quante ricerche facessi ed esaminassi al microscopio tutti i piccoli rilievi che mano mano comparivano alla osservazione, non mi riuscì di trovare la più piccola traccia dell'ovaio.

In questo caso quindi vi era stata *ectopia ovarica sottoperitoneale* accompagnata da un lato da *atrofia completa dell'organo o d'aplasia dello stesso*. Le anomalie di questa specie formano spesso il substrato anatomico di processi patologici che menano alla trasformazione cistica degli organi medesimi, o alla genesi di veri tumori epiteliali adenomatosi o carcinomatosi misti a cisti. Questi sono anco quei casi nei quali, secondo la mia maniera di vedere, le cisti intraligamentose possono giungere a gran mole come nei casi riferiti dall'Altembach, in un altro del Hager (1) nel quale il tumore cistico aveva sollevato il peritoneo fino al diaframma, e l'altro ancora del Mereditk.

Quanto sieno importanti tutte queste nozioni anatomo-patologiche è superfluo rilevare: quando in pratica si possa concepire il sospetto che la ciste sia intraligamentosa, si affaccia subito alla mente la possibilità di enuclearla senza ledere il peritoneo, come fu possibile al Mereditk e più recentemente al Shaemaker (2) in un caso di ciste voluminosa quanto una testa di montone.

Però non sempre è possibile la dissezione del peritoneo e la enucleazione della ciste dal ligamento lato, sia per l'addensamento iperplastico del connettivo sottosieroso, sia per i rapporti insoliti che la ciste può acquistare con gli organi addominali.

Tale certamente era la ciste intraligamentosa che ebbi opportunità di osservare due anni fa e di cui non è a mia cognizione altro esempio simile. Per tale motivo più specialmente illustrai il pezzo patologico

---

(1) W. Hager. *Für Gynaek.*, II, I, 1890.

(2) Shaemaker. *Annales of Gynac. and Paediatry*, 1874.

alla lezione di chiusura dell'anno 1893, lezione che fu pubblicata dal dott. Lucatello, allora mio aiuto, nella *Gazzetta degli Ospedali*, N. 100, 103, 104, 108 e al Congresso Medico Internazionale tenuto a Roma nell'Aprile 1894.

Ho ritenuto utile ora di ricordare questo singolarissimo caso, perchè a quella lezione di chiusura essendomi proposto di mostrare i pezzi patologici più importanti che erano stati trovati nell'annata, non mi fu possibile estendermi in considerazioni quanto quel caso meritava; perchè più brevemente ancora fu giocoforza che io ne trattassi al Congresso Internazionale per la brevità del tempo concesso agli oratori, e tanto più che non vedo, con mia grande meraviglia, pubblicata negli Atti del Congresso stesso la mia comunicazione.

Il pezzo patologico in discorso fu trovato nel cadavere di una donna attempata e sezionata nella scuola.

All'apertura del ventre osservammo dal lato sinistro un tumore piriforme cistico sottoperitoneale che sorgeva dalla fossa iliaca. A tutta prima ritenemmo che il tumore fosse una ciste renale, ma poi esaminando meglio la regione ci accorgemmo che la ciste si profondava nella escavazione pelvica. Andammo allora in cerca dell'ovaio sinistro e non lo trovammo: vi erano quivi molte aderenze morbose che univano l'utero al peritoneo pelvico e fra le adesioni riconoscemmo il ligamento rotondo e la tuba, ma nel posto dell'ovaio il peritoneo si innalzava a bassa cupola e premendovi sopra col dito si avvertiva la mancanza di resistenza che accennava ad una cavità sottostante. Cercammo dal lato opposto e vi trovammo il ligamento rotondo e l'ovidotto ma non l'ovaio: nel luogo d'impianto di quest'organo osservammo un margine sottile, un po' scabro, che faceva continuazione con il ligamento utero-ovarico e tubo-ovarico. L'aletta posteriore del ligamento lato era quasi affatto sparita e ivi il peritoneo si mostrava sollevato da un corpo sottostante di molle consistenza.

Praticammo un lungo taglio su questo punto del peritoneo e penetrammo in un gruppo di piccole cisti, la più grande delle quali avrebbe potuto contenere con difficoltà una piccola nocciuola.

Dalle cisti tagliate fuoruscì un liquido trasparente, incoloro, debolmente filante e sulla superficie interna delle medesime spiccavano delle macchie color ruggine di pigmento ematico.

Asportammo l'intero pezzo patologico con il canale genitale in

tutta la sua lunghezza, ed aperta di poi la vagina constatammo una vasta ulcera cancerosa che aveva distrutto il fornice vaginale e tutto il collo dell'utero. A sinistra l'ulcera si era messa in rapporto di continuità con una ciste il cui segmento superiore era quello che faceva cupola al di dietro della tuba nel luogo dell'ovaio (fig. 1.ª).

La ciste giaceva nel connettivo della escavazione pelvica ed aveva presso a poco il volume di un piccolo limone, in alto ed infuori era

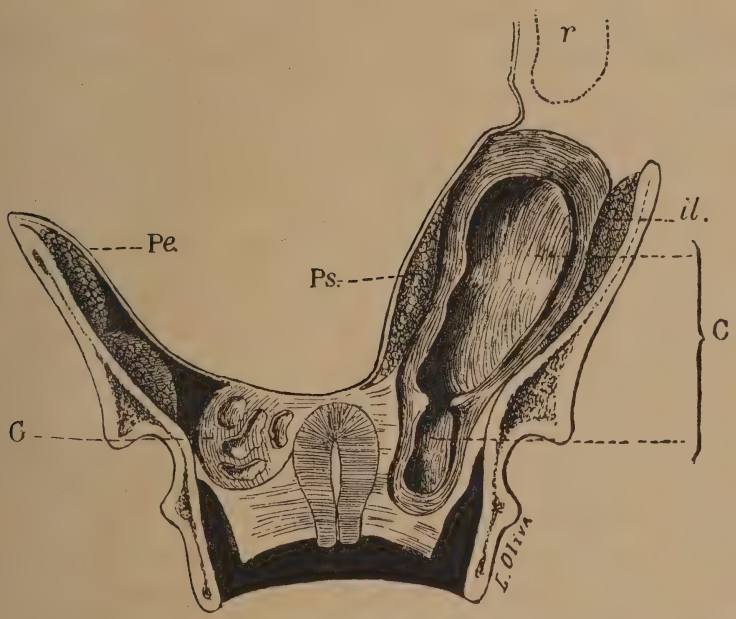


Fig. 1.ª — Sezione verticale del bacino sul piano mediano laterale del corpo.

U. Utero — *C.* Cisti — *Pe.* Peritoneo — *Ps.* Psoas. — *il.* Muscolo iliaco — *r.* Rene.

in comunicazione con un'altra ciste che tosto riconoscemmo essere quella che avevamo veduta impiantata sulla fossa iliaca. L'apertura di comunicazione fra le due logge della ciste era larga e nel semmento esterno era limitata da una ripiegatura falciforme. Le pareti della loggia situata nella escavazione pelvica erano rese irregolari da vegetazioni di tessuto cancerigno, alcune delle quali partecipavano al processo di necrosi e perciò si mostravano rammollite e ridotte in brandelli. Le pareti della loggia superiore, che era molto più ampia della già descritta, erano membranacee, non molto grosse, ma resistenti, e pre-

sentavano nella loro faccia interna sulle adiacenze dell'apertura di comunicazione, noduli e vegetazioni più estese di tessuto carcinomatoso.

Interessanti ed inattesi furono trovati i rapporti che questa loggia della cisti aveva contratto con gli organi circostanti: una buona parte della superficie esterna di essa era sprovvista di peritoneo e passava in basso pel muscolo iliaco e più in su sullo strato muscolare della regione dei lombi: la sommità della ciste sporgeva in avanti della estremità inferiore del rene sinistro, ed era coperta dal peritoneo adiacente alla S iliaca e al colon discendente rimanendo questi intestini alquanto spostati in fuori. In dentro ed in alto la ciste manteneva col peritoneo gli stessi rapporti che essa aveva alla sua sommità, ma più in giù essa passava sotto il muscolo psoas, che a causa della continuata pressione si era assottigliato, slargato, quasi direi membraniforme. Con il muscolo psoas erano stati spostati in dentro i vasi iliaci, il plesso crurale e l'uretere ed il peritoneo della fossa iliaca e dello stretto superiore del bacino.

La mancanza delle ovaia nella sede normale, la presenza quivi di ambo i lati di un tumore cistico a più logge sotto il peritoneo, ed il volume considerevole che aveva acquistato il tumore di sinistra, tutti questi fatti io dico, deponevano sicuramente nel senso di una *ectopia ovarica bilaterale sottoperitoneale, cui era succeduta la degenerazione cistica delle ovaia ectopiche e più tardi dal lato sinistro la neoformazione cancerigna secondaria ad un carcinoma primitivo del collo dell' utero.*

L'esame istologico delle pareti della concamerazione superiore della ciste di sinistra e del corpo cistico di destra, avvalorò questo concetto diagnostico, inquantochè le pareti di queste cisti erano formate di tessuto connettivo misto a fibrocellule muscolari distinto in due strati; uno esterno a fasci fibrosi bene pronunciato nel quale più specialmente si vedevano qua e là ammassi di granuli di pigmento ematico, e l'altro interno più omogeneo meno fibroso. Nei preparati ottenuti dal corpo cistico di destra l'epitelio era caduto, come pure nei preparati della concamerazione più grande della ciste di sinistra, ottenuti dai semmenti distanti dall'apertura di comunicazione con la concamerazione intrapelvica. Invece, nei preparati ottenuti dai semmenti inferiori della stessa concamerazione, sul margine dello strato connettivale più interno si osservavano delle insinuature irregolari tappezzate da epitelio polimorfo a più strati, con predominio di cellule cubiche nei punti di impianto sul connettivo.

L' ectopia ovarica sottoperitoneale deve predisporre singolarmente alla degenerazione cistica dell'organo, sia perchè l'ovaio non può fare a meno di subìre altre anomalie nella sua intima tessitura, e quindi in esso il processo nutritivo e di ovulazione non deve compiersi secondo il tipo normale, sia anco perchè il peritoneo deve opporre un ostacolo non indifferente alla rottura dei follicoli del Graaf ed al passaggio degli ovuli negli ovidotti. Di qui la facilità alla idropisia dei follicoli ed alle vere cisti follicolari.

Quanto abbiamo sin qui esposto non è in contraddizione con la storia delle cisti ovariche intraligamentose, poichè i singoli fatti ad esse relative possono intendersi facilmente per le seguenti considerazioni:

1.° Le donne che portano tumori ovarici cistici tra le lamine del ligamento largo con singolare frequenza sono sterili; e noi comprendiamo come le cose non debbono procedere diversamente quando l'*ectopia ovarica sottoperitoneale sia bilaterale.*

2.° In questi medesimi casi *di ectopia* bilaterale possiamo avere due tumori cistici uno per lato ora ambedue voluminosi, ora uno molto voluminoso e l'altro poco come nel caso che ho riferito.

3.° Oppure, possiamo avere da un lato un tumore cistico più o meno grosso e dall' altro lato l' ovaio rudimentario, non apprezzabile perchè nascosto dalla sierosa che gli passa al disopra, oppure può l'ovaio mancare per aplasia od in seguito ad un processo avanzato di atrofia. Tale il caso riferito dal Durante (1), l'altro dello scrivente nei quale esaminando attentamente non riuscì a trovare l' ovaio, mentre dall'altra parte l'ovaio giaceva sotto il peritoneo.

4.° L'*ectopia ovarica sottoperitoneale può essere unilaterale.* In questo caso la donna può avere partorito prima d'ammalarsi di degenerazione cistica dell'ovaio ectopico. E se per caso ambedue le ovaia divenissero sede di cisti, da un lato avremmo una ciste ovarica comune e dal lato della ectopia una ciste ovarica intraligamentosa.

5.° Nei casi nei quali dei germi ovarici rimanessero separati dalle ovaia o si avessero delle ovaia supplementarie, e questi germi e le ovaia in sopranumero giacessero fra le lamine dei ligamenti lati, e da essi poscia avessero origine tumori cistici, potrebbesi avere cisti intraligamentose ed ovaia nella posizione normale; oppure una ciste

---

(1) DURANTE. *Accademia Medica di Roma,* 25 Febbraio 1894.

intraligamentosa ed una degenerazione cistica dell' ovaio dello stesso lato in posizione normale, e la ciste inferiore sviluppatasi fra le pagine del ligamento lato venire a contatto con l'ovaio cistico soprastante, da risultarne un unico tumore e far credere che dall'ovaio normale la ciste si fosse sviluppata in sotto, dissecando e allontanando le pagine dal ligamento.

E se germi ovarici ectopici o le ovaia in soprannumero contenute nel ligamento lato subissero la degenerazione cistica, l'ovaio in posizione normale sovrastante può rimanere sospinto in su dalla ciste intraligamentosa e questa presentarsi all'osservatore sormontata dall'ovaio normale come nel caso del Chiara riferito dal Fasola.

Nella lezione di chiusura sopra ricordata presentai una figura onde meglio comprendere il mio concetto intorno alla genesi delle cisti ovariche intraligamentose. La figura rappresenta la sezione longitudinale del bacino da un lato all'altro del corpo in un punto mediano della cresta iliaca.

Nel mezzo delle ossa segate si vede l'utero con i ligamenti lati distinti superiormente in tre alette, nell' anteriore delle quali si trova il ligamento rotondo, nella media la tuba e nella posteriore di destra l'ovaio in posizione normale; l'aletta posteriore di sinistra è priva dell'ovaio e quest'organo è rappresentato più in fuori e sotto il peritoneo.

Questa realmente fu la prima idea che concepii quando conobbi che il caso che ho riferito era una ciste intraligamentosa; ammisi cioè che il peritoneo non si fosse arrestato all'ilo dell'ovaia, ma le avesse coperte come si ammetteva tempo in addietro. Poi ripensando mutai di opinione, mi sembrò inverosimile che l' ovaio normalmente sviluppatosi nella sua sede ordinaria dovesse rimanere sormontato dalla sierosa peritoneale. Se ciò fu possibile doveva esserlo stato in grazia di un qualche altro insolito avvenimento. E allora pensando a ciò che accade nel rene quando rimane sulla colonna vertebrale, od alla sinfisi sacro-iliaca, o nel piccolo bacino, che presenta l'ilo voltato in avanti, mi sembrò probabile che un fatto consimile accadesse quando l'ovaio si trova sottostare alla sierosa peritoneale. E questa supposizione avanzai al Congresso medico internazionale di Roma (fig. 2.ª).

Nel caso di ectopia ovarica sottoperitoneale che mi è occorso di osservare quest'anno, portai la mia attenzione sui rapporti che i vasi ovarici avevano col corpo cistico rappresentante l'ovaio, e riscontrai

che questi vasi giacevano sotto il peritoneo e si dirigevano in basso fra le concamerazioni del corpo suddetto. Naturalmente questi non erano così sviluppati come i vasi ovarici normali, perchè l'ovaio era atrofico con i follicoli idropici o trasformati in piccole cisti, ma non avendone ivi trovati altri ritengo che fossero realmente quelli. Se mi capitasse altro caso consimile e me ne accorgessi prima di asportare il pezzo patologico dal cadavere, farei la iniezione delle arterie ovariche per avere la dimostrazione che in questi casi i fatti accadono come io li penso.

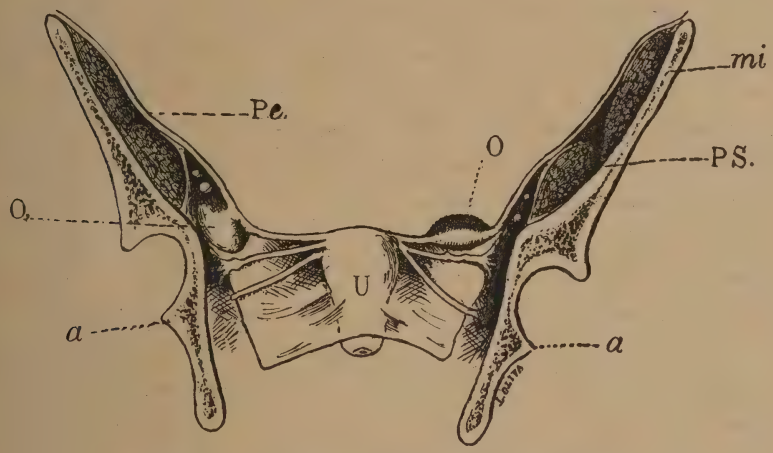


Fig. 2.ª — Cistoma ovarico intraligamentoso.

Figura teoretica per l'intelligenza della dottrina dello sviluppo intraligamentoso delle cisti ovariche.

Pe. Peritoneo — *a.* Bacino — *U.* Utero — *O.* Ovaio in posizione normale
O' Ovaio rovesciato e coperto dal peritoneo — *Ps.* Musc. psoas — *mi.* Musc. iliaco.

Intanto per la intelligenza di chi leggerà questo mio scritto, mi sono deciso di correggere nel senso più sopra esposto la figura teorica che fu unita alla lezione suddetta.

Come si vede a sinistra l'ovaio si mostra rovesciato, la sua faccia convessa è voltata in basso, e l'ilo dell'ovaio guarda il peritoneo che gli sta al disopra, i vasi ovarici scorrono fra l'ilo e la sierosa.

Nei casi di ectopia ovarica sottoperitoneale, l'alterazione più comune ad osservarsi nell'ovaio ectopico dev'essere l'idropisia dei follicoli e le cisti follicolari. Non si intende anco bene come da tali ovaia deb-

bono con frequenza osservarsi altresì dei veri cistomi adenomatosi e papilliferi per le anomalie di nutrizione e di funzione che si verificano in esse.

Rispetto ai cistomi papilliferi l'Olshausen (1) ha emesso la opinione che essi derivino dal paraovario, perchè le papille sono tappezzate da epitelio vibratile che non si trova nell'ovaio, e soggiunge: siccome il paraovaio si prolunga fino alla porzione iniziale dell'ilo, i cistomi che hanno origine da questo punto si sviluppano fra le pagine del ligamento lato, sono cioè cistomi intraligamentosi.

Non divido la maniera di vedere dell'autore, non solo per i motivi più sopra ripetutamente esposti, ma anco perchè nelle cisti indubbiamente paraovariche l'epitelio non sempre è vibratile e, come ha dimostrato il Paladino, le papille dei cistomi proliferanti papillari dell'ovaio con le papille normali dello stesso organo della cavia, sembra più probabile che quelli di tali tumori che occupano il ligamento lato abbiano origine da ovaia sopranumerarie.

Del resto se per la distinzione della sede si dovesse dare valore assoluto alla qualità vibratile dell'epitelio, ci troveremmo piuttosto inclinati ad abbracciare le vedute dello Schroeder (2), che cioè nel neonato si trovino già in embrione dei piccoli cistomi congeniti, i quali rimangono latenti nell' età infantile e che fondandoci sulla teoria del Cohnheim potremmo far derivare da germi provenienti dai dutti di Müller rimasti inclusi nel parenchima ovarico o nei ligamenti lati.

Il pezzo anatomico suddescritto si conserva nel Museo della Scuola di Anatomia patologica.

---

(1) OLSHAUSEN. « Enciclopedia di patol. chirurg. » di Pitha e Billroth, artic. « Malattie delle ovaia. »

(2) SCHROEDER. « Maladies des organes génitaux de la femme. » Trad. Seuvers et Hetoghe, 1886.

Contributo all'etiologia, patogenesi e cura dell'osteomalacia puerperale

PEL

DOTT. CLEMENTE CALIMAN PAVIA

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS LIBRARY

CAPITOLO I.

Introduzione storica.

Osteomalacia (Τῶν ὀστέων μαλαχία) significa rammollimento delle ossa, già giunte al loro completo sviluppo.

L'osteomalacia è stata riconosciuta come forma morbosa speciale solo molto tardi. Veramente gli antichi conoscevano casi nei quali le ossa erano stranamente pieghevoli; anzi alcuni di tali casi, in cui la pieghevolezza e le deformità che ne derivarono, raggiunsero un grado straordinario, hanno acquistato una celebrità storica: ma questi casi furono solo riguardati come semplici curiosità.

I due casi più antichi di osteomalacia che si conoscono sono riportati l'uno da Rheische e l'altro da Portal. Il Rheische racconta che verso il 560 esisteva un celebre augure per nome Salith che non poteva muoversi e sopportava tutte le ingiurie dei monelli. Deposto per terra serviva di zimbello ai cani e ai gatti, aveva l'abitudine di farsi trasportare sopra una barella fatta con rami di palma, imperocchè non aveva ossa nè al collo, nè alle mani, e si potevano piegare le altre come una veste dai piedi fino alle clavicole. Il caso di Portal poi si riferisce ad un uomo che durante l'assedio che sostenne Parigi contro i Normanni, nell'886, essendo già di altissima statura, divenne, prima di morire, più piccolo di un fanciullo.

A parte tutto ciò che di inverosimile ed esagerato esiste in queste due osservazioni, è evidente però che trattavasi di osteomalacia che nell'un caso aveva prodotto un rammollimento completo delle ossa, e nell'altro delle profonde deviazioni.

Da quest'epoca remota bisogna scendere fino al secolo XVII per trovare qualche lavoro preciso sull' osteomalacia o per dir meglio sul rammollimento delle ossa negli adulti. Però quando tal forma morbosa richiama lo studio degli scienziati essa viene senz'altro confusa con la rachitide e chiamata rachitide degli adulti. Lungo sarebbe e senza interesse nè utilità l'elenco degli autori i quali confusero tra loro le due malattie. Ricorderemo solo il Glisson, il Bate e il Regemorter (1650), il Mayow (1660), il Van der Velde (1700) e il Duverney (1751), il quale riporta la storia della Marchesa D'Armagnac, colpita evidentemente da osteomalacia e scambiata e descritta colla rachitide. Va anche ricordata Elisabetta Föster che secondo William Cooper era da ultimo ridotta ad un ammasso di carne e benchè in questo stato, pure rimase incinta. Infine va tenuta menzione di Morand-Sauveur (1752), il quale riportando la storia della famosa Supiot, fu il primo che fece cenno della possibilità del parto in bacino deformato dall'osteomalacia, ed in un successivo lavoro (« Description anatomique de l'état dans lequel se sont trouvés les os rammollis d'une femme ») diede l'autopsia completa della stessa donna (1).

Una distinzione tra il rammollimento delle ossa dei fanciulli e quello degli adulti fu rilevata, per la prima volta, da Levacher de la Feutrie (1772): però le sue parole restarono inascoltate, e l'interesse dei medici fu rivolto quasi esclusivamente ai disturbi da parto prodotti dalle deformità del bacino. Quando però Lobstein rilevò nuovamente la differenza tra rachitide ed osteomalacia, allora si moltiplicarono le osservazioni e si occuparono dell' osteomalacia, e gli ostetrici e i medici e i chirurghi, che si divisero in due campi diversi: schierati nell'uno erano i sostenitori dell'analogia fra rachitismo ed osteomalacia; nell'altro gli oppositori i quali consideravano le due malattie come diverse. Troviamo tra i primi: Duverney, I. P. Frank, Eckmann, Richeraut, Boyer, Trousseau, Lesegue, Bochut, Stanscki, Beylard ed il nostro

---

(1) E giacchè ho ricordato questo caso che menò in quel tempo tanto rumore nel mondo medico, e forse anche nel pubblico, aggiungerò che solo nel 1870 dal dott. Giovanni Calderini fu rivendicata all'italiano Ambrogio Bertrandi la preparazione dello scheletro della Supiot a Parigi nel modo che si osserva attualmente nel museo Dupuytren. Fu il Bertrandi che ne trasmise la relazione al Morand, il quale pubblicò la storia del caso senza punto nominarlo, solo, dice il Calderini, modificando la forma e traslocando alcune particolarità secondarie della relazione.

Giordano; figurano tra gli oppositori Planque, Conradi, Monteggia, Fleischmann, Cartoni, Lobstein, Proesck, Collineau, Landi, Guerin.

E così si giunge fino al 1850 restando sempre insoluta la questione della identità o meno delle due malattie. Solo più tardi, verso il 1870, grazie ai progressi delle ricerche istologiche nonchè della chimica patologica e della clinica, la scienza si arricchisce dei bei lavori originali di Virchow, di Kilian, di Förster, di Rindfleisch, di Meyer, di Maresch, di Roloff, di O. Weber, di Huppert; delle belle monografie di Kilian, di Litzmann, di Durham e di quelle sostenute sotto forma di tesi da Bouisson, da Beylard, da Collineau, da Druineau, e di tutte le importanti osservazioni cliniche e contribuzioni che io riporto nel cenno bibliografico in fondo al mio lavoro.

Se però fu finalmente riconosciuta l'osteomalacia come forma morbosa a sè, e la si distinse dopo tanti anni di studi e dopo tanti lavori originali, dalle altre malattie delle ossa, rimaneva ancora a dare un concetto netto e preciso della intimità del processo osteomalacico, onde trarne le indicazioni per la cura. Pur troppo però nemmeno oggi, ad onta che tal malattia sia stata oggetto di studio di una quantità di scienziati specialmente tedeschi (forse perchè l'osteomalacia è più frequente in Germania che altrove), e tra essi del forte ingegno di Fehling; ad onta anche di minute e pazienti ricerche isto-chimiche; neppure oggi, dico, si hanno idee chiare sulla patogenesi dell'osteomalacia e per conseguenza anche la cura è ancora incerta.

CAPITOLO II.

Etiologia e patogenesi dell'osteomalacia.

L'osteomalacia non è dovuta, come la rachitide, al fatto che le ossa in via di sviluppo rimangono molli a causa di disturbi nella loro evoluzione, ma invece consiste in un rammollimento delle ossa già sode e normalmente sviluppate.

Essa quindi è prevalentemente una malattia degli adulti con predominio nell'età compresa tra i 33 ed i 38 anni. In due soli casi si ebbe un'età al di sotto di 26 anni e in due al disopra di 40 anni. Perciò i casi di osteomalacia dei bambini ricordati da Rehn nonchè quelli di

osteomalacia nei vecchi vanno riportati per lo meno, fino a miglior dimostrazione, quelli a rachitide, questi ad atrofia ossea senile.

Quanto al sesso, tal malattia attacca quasi esclusivamente le donne: tuttavia sono stati citati dei casi di osteomalacia anche negli uomini. Questi casi però sono abbastanza rari; in una raccolta del Litzmann su 131 osservazioni cliniche si hanno soltanto 11 uomini: perciò una percentuale dell'8. 4 °/o. Però conviene osservare, che certamente molti casi di osteomalacia negli uomini sono stati e sono tuttora disconosciuti e riportati ad altre affezioni delle ossa, e ciò anzitutto perchè molti non credono ancora all'osteomalacia maschile e poi anche perchè naturalmente negli uomini manca un sintoma principale della malattia, cioè la difficoltà dei parti.

La donna gestante e lattante assai più di quella che non si trova in tali condizioni è predisposta alla malattia.

A questo proposito si può dichiarare che quelle donne che passano quasi intera la loro vita genitale in istato di gravidanza o di allattamento, tanto più se questo è protratto e non compensato da una alimentazione adatta e riparatrice, hanno moltissima probabilità d'ammalare di osteomalacia. Anzi è comune il vedere donne che durante ogni gravidanza hanno attacchi di osteomalacia, che va sempre aggravandosi, di cui guariscono nell'intervallo delle gravidanze. È quindi abbastanza giustificata l'opinione di coloro che trovano nella gravidanza la più potente causa dell' osteomalacia. Sebbene però la gravidanza e l'allattamento siano fra le più frequenti cause di osteomalacia, si sono tuttavia osservati casi di tale malattia in donne che non avevano mai partorito, ed in uomini, come quell'Eleuterio Ciotti di 22 anni, romano, la cui storia narrata dal Maggiorani è riportata pure dal Tommasi-Crudeli.

L'eredità pare che non abbia alcuna influenza, non potendosi tener conto dell'unico caso spettante ad Eckmann, di tre generazioni consecutive di minatori, i cui figli parecchi mesi dopo il parto presentarono incurvamenti e fratture molteplici; questo caso, secondo me, va riportato più alla rachitide che all'osteomalacia.

È stato detto da alcuno che cause predisponenti all' osteomalacia sono certe malattie pregresse o in atto, quali il rachitismo, la malaria, il reumatismo, il cancro e lo scorbuto. Ed invero per il rachitismo starebbe il fatto che non di rado tra le osteomalaciche si trovano donne

che nella loro infanzia furono rachitiche. E il Gallia in un suo lavoro ove raccolse tutti i casi di osteomalacia occorsi nella Clinica ostetrica di Torino, durante 30 anni, tra 27 casi rilevò rachitismo pregresso in quattro casi: in due di questi poi l'osteomalacia comparve fino dalla prima gravidanza. Io credo che questo fatto sia una semplice fortuita coincidenza. Quanto alla malaria, non credo meriti di spendere molte parole per dimostrare che essa non ha nessuna influenza diretta predisponente all'osteomalacia: basta ricordare quanto sia rara tal malattia nella Campagna Romana ove la malaria è tanto frequente. Il reumatismo poi, il cancro, lo scorbuto e la gotta non hanno alcuna influenza sulla genesi dell'osteomalacia.

Piuttosto hanno importanza come momenti etiologici dell'osteomalacia l'alimentazione insufficiente e la mancanza in questa di sufficiente quantità di sali calcarei, unitamente alla perdita maggiore di questi pel fatto della gravidanza e dell'allattamento, nonchè il vivere in dimore povere di aria e di luce e per di più umide. Oltre le cause debilitanti corporali, anche le psichiche possono predisporre alla malattia. C. Schmidt ricorda una donna di 22 anni che ammalò in seguito a un profondo patema d'animo e morì dopo 9 mesi: erano affette solamente le ossa dell'estremità inferiori e della pelvi. Macintyre narra di un mercante di 43 anni che per dispiaceri ammalò di osteomalacia e morì dopo tre anni: la malattia si era limitata alle ossa del tronco.

Quantunque però questi momenti causali si trovino ovunque, pure l'osteomalacia non è ovunque ed uniformemente dominante, ma presenta una distribuzione geografica tale che fece pensare all'endemicità della malattia. In Italia è l'agro Milanese e quello Torinese che portano il primato; il Piemonte però assai meno, talchè se a S. Caterina di Milano, come ne fa fede la statistica del Casati, dal 1852 al 1870 su 8069 donne si ebbero 62 osteomalaciche, cioè il 7.7 °/oo, lo scrutinio fatto dal Gallia negli archivi della Clinica Ostetrica torinese dal 1861 al 1890 gli diede sopra 9160 ricoverate nei 30 anni clinici, solo 27 osteomalaciche, cioè il 2.9 °/oo. Anche nel Veneto non sono rari i casi di osteomalacia. Invece qui a Roma tale forma morbosa è rarissima. Nella Maternità dell'Ospedale di S. Giovanni, che da più di 25 anni è diretta dal chiarissimo prof. Pasquali, quello che io riporto è il terzo caso di osteomalacia occorso in sì lungo tratto di tempo. Il primo lo si ebbe

nel 1885 e la storia della malata fu redatta dal dott. Bompiani, l'altro fu descritto nel 1892 dallo studente Capparoni, nella sua tesi di laurea. Altri casi poi si sono avuti negli altri ospedali. — È malattia molto frequente a Vienna e il Latzko dice di averne osservato 19 casi in 21 mesi. Sulle rive del Reno e dei suoi confluenti della Svizzera al basso Reno, si osserva non raramente, sebbene neppure troppo spesso. Dalle città della Svizzera (Zurigo, Berna, specialmente Basilea), dalla valle del Nechar, del Meno, del Lahn, del Ruhr, dalle città del medio Reno, ecc. si hanno numerose osservazioni sull'osteomalacia. Sommeiller di Strasburgo dice essere questa malattia più frequente sul Reno e nell'Alsazia. Pagensteker dice che essa è più frequente in Elberfeld e dintorni, specialmente nella città. Winkel dice che l'osteomalacia è frequente in Gummersbach non meno che nell'agro Milanese. Il Kehrer dice di aver veduto in Giessen e dintorni, quindi nella valle del Lahn, 7 osteomalaciche in un decennio. In Eidelberga il Kehrer, in una conferenza tenuta alla sezione di ginecologia nel 62.° Congresso dei naturalisti e medici tedeschi in quella città, disse che l'osteomalacia è colà frequentissima; egli poteva allora presentare della città di Eidelberga medesima circa una dozzina di donne osteomalaciche. Nella Fiandra orientale pure l'osteomalacia è frequentissima. Invece la malattia pare che si osservi molto raramente nel piano della Germania del Nord, specie nella marca di Brandeburgo e in Sassonia. Anche in Francia, in Ungheria e in Russia sarebbe rara. Quasi esenti del tutto ne sono l'America del Nord e l'Inghilterra.

Le ragioni di una distribuzione geografica così differente della malattia oggetto del nostro studio, vanno ricercate in condizioni telluriche speciali: ma di queste parleremo trattando delle varie teorie sulla patogenesi dell'osteomalacia.

***

Ma prima di passare a tale argomento non sarà male ricordare quali sono le ossa che più generalmente vengono attaccate dal processo morboso osteomalacico, nonchè quale sia il processo anatomo-patologico dell'osteomalacia.

Quasi sempre la malattia, specie poi quando avviene in seguito alla gravidanza o al puerperio, incomincia dalle ossa del bacino e fre-

quentemente a queste rimane limitato. Nelle osservazioni si trovano accennate come ammalate:

le ossa del bacino	82	volte
» della colonna vertebrale	46	»
» del torace	26	»
» delle estremità inferiori	15	»
» delle estremità superiori	10	»
» del capo	7	»

Il Durham sopra 145 casi cita come affette le ossa del bacino 133 volte, le ossa del capo 35 volte, le ossa di tutto lo scheletro 33 volte.

Quanto all'anatomia patologica dell'osteomalacia, è omai certo che questo processo morboso consiste in un rammollimento delle ossa dato dallo scioglimento dei sali calcarei; nei gradi massimi l'osso è ridotto ad una sola scorza sottile del tessuto più periferico e talvolta, scomparendo anche questa, rimane il solo periostio pieno di midolla. Lo scioglimento dell'osso incomincia sempre dal centro e si estende alla periferia, quindi nella sostanza spugnosa delle ossa corte, nella diploe delle piatte e nel tessuto osseo perimidollare nelle ossa lunghe.

Nelle trabecole ossee poi il dissolvimento dei sali procede dalla periferia al centro, onde in primo tempo ogni trabecola ossea presa dal processo osteomalacico presenta due zone distinte, una centrale formata da tessuto affatto normale, una periferica corrispondente all'osso privato di sali calcarei. La sostanza fondamentale dell'osso scalcificato ora apparisce omogenea, ora finamente o grossolanamente fibrosa. Se il processo volge a guarigione può per impregnazione di sali calcarei trasformarsi di nuovo in sostanza ossea; se invece la scalcificazione dura a lungo, accade a poco a poco un disfacimento ed una dissoluzione della sostanza fondamentale. Il midollo delle ossa da principio è sempre molto iperemico, e contiene qua e là focolai emorragici ovvero pigmento come residuo di questi ultimi. Collo scomparire della iperemia, il midollo diventa giallo ed in ultimo si trasforma del tutto in un liquido giallognolo mucoso, talchè le ossa tubulari, quando il tessuto interno si è interamente fluidificato e la parte esterna si è ridotta solamente ad un sottile strato corticale privo di sali calcarei ed al periostio, acquistano l'aspetto di un sacco membranaceo. Le ossa osteomalaciche sono naturalmente flessibili e molli, si possono facil-

mente tagliare ed hanno un peso specifico molto minore delle ossa normali. Staccando il periostio, che da principio sembra parimenti iperemico e come colpito da ispessimento flogistico, la superficie dell'osso appare ruvida ed ineguale. — Dall'analisi chimica delle ossa si è visto che talora è diminuito in maggior quantità il carbonato, tal' altra il fosfato di calce. La cartilagine delle ossa non sembra mutata nella sua composizione chimica, ma col progresso della malattia si perde anche essa e viene sostituita da midolla. La sostanza organica delle ossa colla cozione dà ancora talvolta la condrina, ma nelle ossa molto alterate non si mostra più sostanza analoga nè alla gelatina, nè alla condrina.

***

Ed ora veniamo a parlare della patogenesi dell' osteomalacia, per la quale furono emesse tante teorie, di cui alcune molto ingegnose, ma che d'altra parte ancora non ci persuadono sul modo di originarsi di tal processo morboso, poichè esse si basano sulle cause occasionali che la producono e ne fanno delle cause prime.

Il primo fatto che ha richiamato l'attenzione degli scienziati è che i sali calcarei sono diminuiti nelle ossa osteomalaciche. Drivon, in seguito all'analisi chimica di ossa osteomalaciche, trovò che la proporzione dei materiali inorganici era diminuita da 64 a 41 per la sostanza compatta e a 18 per la spongiosa; trovò anche che la proporzione dei carbonati e dei fosfati è costante, che scompaiono cioè nella stessa proporzione. L'Huppert poi analizzando ossa osteomalaciche trovò sopra 100 parti di materia dura e secca, 25. 71 di cenere, mentre l'osso normale ne contiene, secondo Zaleski, 65. 44 °/o.

La prima idea che venne ai patologi nel vedere esistere nelle ossa osteomalaciche un difetto di sali calcarei, fu, come pensò tra gli altri il Cantieri, che tale malattia sia data da un difetto di accumulazione degli elementi minerali che una nutrizione difettosa non porta che in scarsa quantità all'osso. Pertanto Roloff aveva dimostrato che la diminuzione di sali calcarei nelle ossa dipende da che esse ne ricevono meno, e questa opinione la diceva confermata dal fatto che l'osteomalacia appare nel bestiame in alcune località ove i terreni sono torbosi e maremmosi, assai poveri di materie terrose, epperciò producono erbaggi poveri di sali calcarei e si mostra di preferenza in certe epoche

in cui una grande aridità ha disseccato gli erbaggi e questi sono asciutti e privi di fosfato di calce. Lo stesso Roloff aveva anche rilevato, come si sviluppasse facilmente l'osteomalacia nelle vicinanze di Wiedenbruk (Vestfalia) nelle vacche da latte nutrite col fieno o pascolate coll'erba delle paludi, e che non valessero ad arrestare la malattia nè le rape, nè le patate, nè il tritello, servisse invece a questo scopo la paglia ricca di fosfato di calce: ed è per questo che per la deficienza di paglia nell'inverno dell'anno 1865-66 essendosi ricorso solo all'erba delle paludi, nella primavera seguente si generalizzò l'osteomalacia. Roloff si fece mandare l'erba di quelle regioni e la fece analizzare insieme a quella di Saal-Wiesen per confronto, dal prof. Stohmann, e da questa analisi risultò che nell'erba della palude vi è una diminuzione notevole di parti minerali solubili. In via di prova poi si ingrassò con polvere di ossa una porzione di prato e l'analisi chimica dimostrò che l'erba non ingrassata nel modo detto conteneva per 100:

acido fosforico	0.23
calce	0.81

e la ingrassata:

acido fosforico	0.51
calce	1.16.

Ancora in via di prova si alimentarono per lungo tempo due capre coll'erba difettosa e si notò in esse un dimagramento notevole specialmente dopo il parto e la produzione dell'osteomalacia. Leuchs dice che le galline private del nutrimento calcare depongono le uova senza guscio, ovvero questo si forma a spese del loro sistema osseo, per cui le ossa si fanno molli, l'animale non può più stare in piedi, si accascia e muore. Haubner, Lehmann e Voit poi osservarono che conigli e piccioni sottoposti ad una sottrazione di calce nella loro nutrizione andavano soggetti a rammollimento delle ossa. Ultimamente hanno fatto recenti studi su ciò H. Stilling e F. V. Mering: essi dettero ad una cagna gravida un vitto così composto: 600 gr. di carne di cavallo finamente tagliata e fatta bollire in tre litri di acqua per due ore; 40 gr. di grasso ed acqua distillata per bevanda. La cagna partorì 6 piccoli che svilupparono male, e che a 3-4 settimane ancora non potevano cam-

minare; 4 morirono di debolezza, il sesto fu ucciso e non si trovarono alcune lesioni ossee. La cagna dimagrò e fu uccisa 126 giorni dopo il parto. Le ossa della colonna vertebrale e del bacino erano molli e si lasciavano facilmente deprimere: al microscopio poi si trovarono lesioni di osteomalacia. Vi fu un'endemia di osteomalacia in Boemia nei vitelli e nei maiali, ed il Maresch che la studiò dice che essa doveva attribuirsi ai danni sofferti dagli erbaggi in conseguenza della siccità continuata, per cui oltre ad un insufficiente pascolo erano alterate le parti componenti la sostanza nutriente; poichè là dove il bestiame veniva riccamente alimentato con abbondante tritello e con sale, la malattia non comparve e là dove si era fatto venire il cibo da altri paesi la malattia cessò completamente.

Circa poi a che si debba incolpare la malattia, se al difetto di acido fosforico o al difetto di fosfato di calce, Grouen incolpa il primo, perchè avendo esaminato le provviste di fieno difettoso della Vestfalia, trovò che questo conteneva solo la metà di acido fosforico; Roloff e Rupprecht invece incolpano il difetto di calce, perchè tanto in Vestfalia che in Baviera la malattia si manifestò quantunque agli animali si dessero in nutrimento rape, crusca e farina di fave, materiali ricchi di acido fosforico, e nelle stesse località non si manifestò in altre circostanze, quantunque si usasse per nutrimento la paglia la quale è scarsa di acido fosforico.

Il Casati poi riferendosi all'osteomalacia dell'uomo, dice che essa va riportata alle acque e sostanze vegetali scarseggianti di sali calcarei, in ispecie di fosfati. Aggiunge poi che in alcune delle plaghe da cui provenivano le osteomalaciche che egli ebbe in osservazione (comuni appartenenti alla cosidetta Valle dell'Olona, cioè ai circondari di Gallarate, Abbiategrasso e Milano), sia per l'irrigazione e sia per gli usi domestici, adoperansi prevalentemente le acque piovane sprovviste di sali: circa poi alla qualità del terreno di quei luoghi, egli dice che in massima parte sono terre argillose, ghiaiose o silicee, onde penuria di sali calcarei nei prodotti della vegetazione e nelle acque potabili. — E che la qualità del terreno possa veramente avere talora un'influenza abbastanza importante sulla genesi della malattia è pure rilevato dal Gallia, il quale considerando la natura del suolo dei paesi da cui provenivano le sue donne osteomalaciche, rileva che la maggior parte di quei paesi ha suolo con prevalenza di roccie ser-

pentine; sonvi terreni alluvionali con predominio di alluvioni ciottolose; difettano le roccie calcari. Questa potrà essere forse soltanto un'accidentale coincidenza; certo è però che, per oggi, solo in questo modo noi ci possiamo render ragione della distribuzione geografica e dell'endemicità dell'osteomalacia.

Invece di una difettosa alimentazione c'è chi, come Cohnheim, incolpa come causa dell'osteomalacia diversi stati morbosi dello stomaco che diminuiscono la quantità di HCl, e possono quindi rendere minore la quantità di sali calcarei assorbiti. Questo non si può negare che possa avvenire, ma soltanto temporaneamente, perchè sono molti che soffrono di malattie dello stomaco in cui l'acido cloridrico è diminuito, eppure essi non sono colpiti da osteomalacia. Salkowscki poi crede che un'eccessiva introduzione di alimenti ricchi di potassa, massime in cibi vegetali, appropriandosi del cloro della massa del plasma sanguigno, produca difetti di cloruri e quindi scarsa formazione di HCl nello stomaco e che per questo venga impossibilitata la soluzione e il riassorbimento dei sali calcarei.

Altri riportarono la causa dell'osteomalacia puerperale in un aumento della consumazione dei sali calcarei nella gravidanza a pro' della costituzione del sistema osseo del feto; e così verrebbe anche spiegato come la malattia si incontri quasi esclusivamente nelle vitelle e capre gravide o lattanti, fra gli animali, e come tra gli uomini con estrema rarità ammalino individui che non siano donne gravide o puerpere che danno latte ai loro bambini. Ed è un fatto che durante la gravidanza e l'allattamento si richiede una notevole quantità di sali terrosi per lo sviluppo dello scheletro del feto e per il latte; ma ciò non potrebbe spiegare ancora la malattia, perchè, se no, quanto più grande dovrebbe essere il contingente di malate date dall'osteomalacia! E poi se tale fosse la patogenesi di questo processo morboso, basterebbe crescere nell'alimentazione l'introduzione dei sali calcarei corrispondentemente all'aumentata consumazione per avere una pronta guarigione.

L'osteomalacia non è data da difettosa introduzione di sali calcarei nell'alimentazione, non è data da minor assorbimento dei medesimi per certi stati morbosi dello stomaco, e non è data nemmeno da maggior consumazione di sali terrosi nella gravidanza e nell'allattamento: sibbene, dissero altri studiosi, è data da un eccesso di eliminazione di sali calcarei. E difatti in molti casi in cui si esperimentò la composi-

zione dell'urina si trovò che era ricca di fosfato e carbonato calcare e che col riposo si depositava un sedimento bianco terroso, il quale in un caso si sciolse coll'aggiunta di acidi e mediante scuotimenti di liquido. Soventi poi furono osservati nelle urine renelle e calcoli, o questi furono trovati nei reni al tavolo necroscopico. Però non si creda che tutti i ricercatori abbiano trovato nell'orina degli osteomalacici un grande aumento di fosfati calcici; chè, se lo trovarono Gerster ed altri, Möers e Muck non lo trovarono e Langendorff e Mommsen, come anche lo Schmuziger trovarono invece una diminuzione della calce. Quest'ultimo poi come media delle 24 h. non trovò più di 0,072 di Ca O vale a dire 0,132 di $(Ph\,O^4)_2\,Ca_3$. Salkowscki invece in un'ammalata trovò che se ne eliminava fra 0,089 e 0,37 al giorno. Quanto poi all'acido fosforico, questo non si trova talora in aumento nell'orina, anzi alcune volte dimostra diminuzione, eliminandosene secondo Langendorff e Mommsen 0,75 al giorno e nel caso di Salkowcki 1,55 invece di 2,68. E Fehling recentemente in indagini condotte in modo comparativo in due casi di donne gravemente osteomalaciche ed altri due di donne esenti da tale malattia, trovò che l'eliminazione quotidiana della calce e dell'acido fosforico si rivelava in proporzioni più scarse nelle osteomalaci che che non nelle donne normali. Il seguente specchietto dimostra il confronto tra la media sulla quantità quotidiana eliminata di Ca O e quella di $Ph_2\,O_5$:

	Osteomalaciche	Non osteomalaciche	Differenza
Calce	0,094	0,273	0,179
Anidride fosforica	1,220	1,694	0,474

Però si può supporre, per spiegare tali apparenti contraddizioni, che la eliminazione di calce e di acido fosforico superi la media normale nelle prime fasi della malattia, poi si faccia inferiore al normale quando la paziente a fasi inoltrate dell'osteomalacia sia già in preda a grave deperimento. — Furono anche trovati sali calcarei in altre secrezioni del corpo. Wrigt li trovò due volte nella saliva, Virchow li trovò nel sudore, Pagenstecker ne notò la presenza nei catarri bronchiale ed intestinale. Gusserow poi si fece mandare dal Winckel, da Gummersbach, ove l'osteomalacia è molto diffusa, del latte di nutrici osteomalaciche e trovò in esso un aumento considerevole della calce.

Il latte normale, secondo le sue esperienze, contiene per 100 di calce 0,0109 (Boecker dà invece 0,0099) e quello di due nutrici osteomalaciche diede nell'una 0,0325 di calce e nell'altra 0,223; quindi più del doppio del normale. Ma nessuno finora aveva tenuto calcolo rispetto ai componenti dell'orina presi in considerazione, anche della quantità di essi introdotta col nutrimento e di quella eliminata colle fecci. E Senator già 20 anni fa aveva fatto la raccomandazione di studiare nell'osteomalacia il bilancio organico degli ammalati almeno per quei componenti dell'orina cha hanno speciale importanza, quali sono i sali di calcio e di magnesio, nonchè l'acido fosforico, sostanze queste che prendono parte principale alla costituzione dei tessuti che vengono essenzialmente colpiti dall'osteomalacia. Fu Siegfried Neumann che per il primo pochi mesi fa si occupò di tale argomento studiando un caso di osteomalacia che guarì spontaneamente colla sola cura del latte che, come si sa, contiene grandi quantità di Ph_2O_5 e di Ca. Egli tenne scrupolosamente conto (mediante il solito reattivo di uranio), della quantità di Ca O, di Mg e di Ph_2O_5 introdotta cogli alimenti (latte, brodo) nonchè di quella perduta colle orine e colle fecci: divise le sue esperienze in due serie di 7 giorni ciascuna; l'una riguardante l'ammalata nel periodo attivo della malattia, l'altra la donna decisamente guarita. E dal confronto dei risultati ottenuti nell'uno e nell'altro periodo ne deduce, quanto alla calce, che essa nello stadio ascendente dell'osteomalacia è secreta dai reni in quantità poco diversa dalla norma, mentre nello stadio di rigenerazione delle ossa la quantità di Ca eliminata colle urine è minore di quella escreta nel periodo attivo della malattia e anche di quella escreta in condizioni normali. Perciò, tenendo calcolo semplicemente dei dati urologici, si avrebbe che la Ca è trattenuta dall'organismo in maggior copia nel periodo di guarigione che in quello della malattia; e ciò starebbe bene. Invece tenendo calcolo anche della quantità totale della Ca eliminata colle orine e colle fecci confrontata con quella introdotta cogli alimenti, si vede che la Ca trattenuta è in quantità minore nel secondo periodo che nel primo: e questa parrebbe una conclusione strana. Però il Neumann nota che in questo primo periodo potrebbero, cosa d'altra parte che si è in altri casi verificata, essersi formati calcoli di sali di calcio in svariate parti del corpo, quasi riserve sfruttate poi nel periodo di guarigione della malattia. Quanto al magnesio egli trovò che nello stadio progressivo

della malattia, tenuto sempre calcolo della quantità di Mg introdotta e di quella perduta, l'organismo subisce lievi perdite di tale sostanza; mentre invece nel periodo della rigenerazione delle ossa l'organismo utilizza il Mg in modo che la quantità di esso eliminata è alquanto minore di quella introdotta. Quanto infine all'acido fosforico nello stadio attivo della malattia, il bilancio organico subisce una notevole perdita di $Ph_2 O_5$ certamente sostenuta nella massima parte dalle ossa; nello stadio di rigenerazione delle ossa il bilancio organico guadagna notevoli quantità di $Ph_2 O_5$ proporzionate alle perdite subite nel primo periodo.

Ed ora a spiegare tale eccesso di eliminazione dei sali calcarei nell'osteomalacia, si pensò prima di tutto all'azione dissolvente di certi acidi i quali venissero a contatto delle ossa.

E Bouchard classificò l'osteomalacia puerperale nel gruppo delle discrasie acide, dicendo che l'osso rammollito ha spesso reazione acida e anormalmente contiene dell'acido lattico. Ed è quest'acido che quando si accumula nel tessuto osseo al punto da produrre una reazione acida di questo tessuto, costituisce la condizione per la quale il tessuto osseo si scioglie e si elimina. Ma esaminando la questione circa la presenza o meno dell'acido lattico non solo nelle ossa ma nelle urine delle osteomalaciche, vedremo come i risultati avuti dai vari autori non siano concordi, e come tale teoria non possa peranco essere accettata. C. Schmidt attribuì per il primo una certa importanza alla formazione di zucchero di latte nell'organismo, perchè egli in una donna osteomalacica trovò l'acido lattico allo stato di lattato di calce nel liquido che riempiva le ossa ammalate. Egli però lasciò in dubbio se l'infiammazione degli spazi midollari sia cagionata dalla formazione dell'acido lattico o se questa non ne fosse che una conseguenza. Egli credeva che nella gravidanza gli idrocarburi introdotti nell'organismo (gomma, fecula, zucchero) si cambiassero in zucchero di latte, il quale raggiunta la parte ammalata era sottoposto ad un processo di fermentazione, alla fermentazione lattea. Tale scoperta dello Schmidt fu in seguito confermata da O. Weber che in due casi di osteomalacia trovò che il midollo offriva reazione acida, e che il liquido gemente dal medesimo offriva in gran copia bellissimi cristalli di lattato di calce e di lattato di zinco; ed in ambedue i casi rinvenne una quantità considerevole di acido lattico (1,312 °/₀ di sostanza liquida). Però Virchow in un caso

di osteomalacia puerperale, sopra sezioni fresche trovò invece una reazione alcalina forte nella poltiglia molle che ricopriva l'interno delle ossa; e Huppert, nell'analisi di ossa osteomalaciche, anche applicando il metodo proposto da O. Weber, non riuscì a confermare con sicurezza la presenza dell'acido lattico e neppure la reazione acida soltanto. — Anche nell'urina degli osteomalacici parecchi autori, oltre al Lehmann, trovarono dell'acido lattico: ed è notevole il comportarsi dell'urina in un caso di Möers e Muck, nel quale la quantità di acido lattico nell'urina col progredire della guarigione diminuì gradatamente fino a scomparire affatto. Però anche per l'urina ci sono degli esperimenti negativi: Langendorff e Memmsen in un caso di osteomalacia poterono constatare l'acido lattico nell'urina, ma lo trovarono anche in un individuo sano di controllo. Schmutziger dal suo canto lo cercò invano in un'osteomalacica puerperale.

Tali essendo i fatti, non si può finora dare gran peso alla presenza positiva dell' acido lattico nell' urina e nelle ossa di osteomalaciche, tanto più che anche le esperienze stabilite negli animali onde produrre un' osteomalacia artificiale mediante la somministrazione di acido lattico, diedero finora dei risultati molto dubbi. Difatti mentre Heitzmann dice di aver prodotto l'osteomalacia negli animali introducendo in essi l' acido lattico per molto tempo, Heiss che somministrò ad un piccolo cane gr. 7,4 di acido lattico al giorno per 308 giorni di seguito, non riuscì in esso a produrre nulla neppure di simile all'osteomalacia.

Altri patologi, capitanati dal Rindfleisch, invece che all'acido lattico attribuirono all' acido carbonico la dissoluzione dei sali calcarei delle ossa nell' osteomalacia. Il Rindfleisch crede che esso si formi in modo straordinario in seguito a stasi sanguigna negli spazi midollari, e questo può anche darsi, perchè, come sappiamo dall'anatomia patologica di tal processo morboso, la midolla si presenta di fatti, specie nel primo periodo, fortemente iperemica. Ed i successi della castrazione nell'osteomalacia i sostenitori di questa teoria, li spiegano dicendo che la costrizione nerveo-vascolare dei due peduncoli ovarici, provoca in via riflessa un certo grado di ischemia nel territorio vascolare delle ossa pelviche, emendandosi in tal modo non solo quella stasi che si ammette nelle ossa osteomalaciche, ma anche colla stasi quell'accumulo di acido carbonico che produce la dissoluzione dei sali calcarei. Ma

senza bisogno di ammettere col Rindfleisch una stasi sanguigna primitiva nelle ossa, che dia origine ad accumulo di CO^2, si sa che a dar ragione di quest'ultimo fenomeno può bastare la stessa scemata alcalinità del sangue. Di fatti sono gli alcali del sangue che fissano l'CO^2, e lo esportano dai tessuti che, senza la presenza di essi, resterebbero impregnati da CO^2. Una diminuzione dell'alcalinità si accompagna a diminuzione nel sangue di CO^2; perciò se alla diminuita alcalescenza del sangue non si accompagna per caso una minore produzione di CO^2 nei tessuti, questi restano di necessità saturati, donde può conseguire una diminuita solidità delle ossa per trasformazione dei carbonati in bicarbonati solubili, dei fosfati basici in fosfati acidi pure solubili, epperciò eliminabili per la via del rene e degli altri emuntori.

È perciò che la diminuita alcalescenza del sangue, dimostrata da Jaksch, fu ritenuta da alcuni quale sintoma patognomonico e quale momento patogenetico dell'osteomalacia. E il prof. Winkel, di Monaco, al X.° Congresso internazionale di Berlino dichiarò che in due suoi casi di osteomalacia puerperale riscontrò difatti dopo l'atto operativo un forte aumento dell'alcalescenza, prima assai debole, del sangue. Ed il Truzzi pure in un caso di osteomalacia trovò che l'alcalescenza del sangue era molto al di sotto della media normale: difatti in 3 esami da lui istituiti su una osteomalacica, uno 5 giorni avanti l'operazione cesarea, e gli altri due dopo la stessa a distanza di 28 giorni il 2.° e di 49 giorni il 3.°, ebbe i seguenti risultati:

	Quantità di sangue esaminata	Alcalinità
1.° esame (avanti l'operazione)	gr. 25	3,04 Na HO
2.° esame (dopo »)	» 20	2,20 » »
3.° esame (» »)	» 20	3,20 » »

Invece al Fehling, in ricerche istituite sul sangue di donne osteomalaciche in corso di malattia ed a guarigione avvenuta, non fu dato mai di riscontrare differenze sensibili nel grado di alcalescenza. Ed invero il reperto di una diminuita alcalescenza del sangue non è un fatto costante in tutti i casi di osteomalacia, ma si avvera di preferenza quando la malattia abbia già indotto nella paziente un'avanzata cachessia, precisamente come hanno dimostrato lo stesso Jaksch, il

Mya, il Tassinari e il Peiper (1), i quali studiando le modificazioni dell'alcalescenza del sangue nei diversi stati morbosi, riconobbero come la medesima diminuisca sensibilmente in quelle malattie, nelle quali sono profondamente scaduti i processi di nutrizione. Il Mya e il Tassirani avrebbero anzi indirettamente trovato conferma a tale principio nel fatto da loro osservato, che le cifre più elevate nell'esame alcalimetrico del sangue si ottengono in forme altamente febbrili (polmonite, risipola) nelle quali havvi aumento di ricambio materiale, contrassegnato dalla cresciuta produzione di urea e di altri prodotti di metamorfosi regressiva. La diminuita alcalescenza del sangue nelle osteomalaciche sarebbe quindi da considerarsi come un semplice epifenomeno della malattia a fasi inoltrate, e non che essa sia legata da intimo e necessario vincolo etiologico coll'osteomalacia; perchè sarebbe strano che proprio unicamente in casi di osteomalacia debba verificarsi il rammollimento dell'ossatura come effetto dell'emo-ipoalcalescenza, mentre nulla di questo si osserva in altri casi clinici, in cui pure venne riscontrata una sensibile diminuzione di alcalescenza del sangue.

Un'altra teoria, quella della flogosi midollare delle ossa, sostenuta specialmente dal Senator, ripone la vera causa dell'ostemalacia, nella iperemia attiva del tessuto midollare. E difatti che questa esista durante il processo morboso in questione, già l'ho rilevato quando ho accennato all'anatomia patologica dell'osteomalacia: e veramente il veder insorgere tale malattia di preferenza durante la gravidanza e nelle ossa del bacino, quando cioè in questo l'afflusso del sangue è maggiore, sarebbe una ragione buona che deporrebbe in favore di questa teoria. Però fino ad ora non ci sono ancora osservazioni sufficienti che la possano fare accettare; e poi, pur ammettendo che tale sia la causa patogenetica dell'osteomalacia puerperale, col cessare della gravidanza dovrebbe cessare la malattia mentre invece, se è vero che talora essa presenta delle leggere remissioni, altre volte invece segue il suo corso normale. Di più come si spiegherebbe l'osteomalacia nelle nullipare e negli uomini? In questi casi, come pure nell'osteomalacia puerperale, io credo che l'iperemia attiva del midollo delle ossa sia secondaria e

---

(1) Jaksch. « La diagnosi clinica delle malattie interne. » Trad. Manganotti, pag. 5. — Mya e Tassinari. « Sulle variazioni della reazione alcalina del sangue venoso in alcune malattie. » *Archivio per le scienze mediche*, vol. IX, N. 20. — Peiper. *Arch. f. path. Anatomie u. Physiologie*, 1889.

che quindi non possa considerarsi quale vero primo momento etiologico dell'osteomalacia.

Un'altra opinione che considera l' osteomalacia dal punto di vista anatomico, si è quella che la ripone in una periostite (H. Meyer) od osteite parenchimatosa (Virchow). Questi crede che l'osteomalacia possa annoverarsi fra le infiammazioni parenchimatose, nelle quali non si depone alcun essudato interstiziale ed in cui i perturbamenti infiammatori di nutrizione avvengono negli stessi elementi che costituiscono il tessuto dell'organo malato. Ma tale teoria non è seguita che da pochi patologi, mentre d'altra parte non ha avuto ancora una dimostrazione sufficiente per essere accettata.

Una teoria che invece oggi trova molti proseliti è quella ovarica o del Fehling. Altre volte era successo che l'azione terapeutica aveva instradato il clinico nello studio del significato fisio-patologico di una affezione morbosa: e così succede per l' osteomalacia. Già lo Späth nel 1877 e il Fochier di Lione nel 1879, ebbero occasione di riconoscere il notevole miglioramento che nelle loro operate osteomalaciche era seguito all'amputazione utero-ovarica, e ne dedussero che tale intervento in casi di osteomalacia puerperale potesse considerarsi come efficace mezzo curativo. Spetta però indiscutibilmente al Fehling il merito di aver messo in giusta evidenza il valore di questa pratica, e di aver dimostrato come i vantaggi che conseguono all' amputazione utero-ovarica in casi di osteomalacia siano sopratutto da ascriversi alla rimozione delle ovaie. Il Fehling in una sua comunicazione al 2.° Congresso della Società Ginecologica tedesca in Halle (1888) pose la questione nei seguenti termini: citò da una parte 12 casi di operazione cesarea in donne osteomalaciche, dimostrando come in 2 soli di essi (osservazione di Winkel e di Reuss) si fosse notato una guarigione dell'osteomalacia; in contrapposto a così scarsi risultati il Fehling raccolse nella letteratura 24 casi di osteomalaciche operate col metodo Porro e guarite della malattia scheletrica che le travagliava. Perciò emise una nuova teoria per la patogenesi dell'osteomalacia, cioè quella di un'esaltata attività funzionale delle ghiandole sessuali, dalle quali partirebbe un'azione riflessa sui nervi vaso-dilatatori delle ossa, che avrebbe per risultato un'iperemia passiva e conseguentemente un riassorbimento energico degli elementi del tessuto osseo. Questa iperattività funzionale delle ovaia viene provata, secondo Fehling, dalla facilità

che hanno a concepire le donne osteomalaciche, nonchè dall'aver egli osservato una ricchezza straordinaria di vasi venosi e arteriosi negli annessi dell'utero delle donne da lui operate di taglio cesareo col metodo Porro. — Dopo l'asportazione delle ovaia cesserebbe l'irritazione dei nervi vaso-dilatatori, i vasi si contrarrebbero, finirebbe l'iperemia nell'osso e la malattia guarirebbe. Ma nè l'Hofmeier, nè il Truzzi trovarono nei casi di osteomalacia da essi studiati alcuna alterazione nelle ovaia ed in genere nelle dipendenze uterine; mancava in tutti ogni traccia di quella esagerata ricchezza di vasi sanguigni, di quello stato di varicosità abnorme dei medesimi che venne invece riscontrato dal Fehling; e mancava infine anche negli antecedenti anamnestici qualsiasi manifestazione di quella esaltata funzionalità delle ovaie che viene ammessa ancora da Fehling come ragione prima dell'osteomalacia: la funzione mestruale infatti nelle operate di Hofmeier non aveva mai presentato alcunchè di anormale, erano mancati concepimenti e gravidanze; per di più le ovaie si presentavano piccole, atrofiche, come di persone all'epoca del climaterio. E poi si hanno casi nella letteratura in cui o la castrazione produsse solo un miglioramento temporaneo, o avvenne la guarigione pur venendo conservate le ovaie. E difatti Fochier narra un caso nel quale cinque mesi dopo l'operazione Porro ricomparvero dolori osteomalacici alle ossa del bacino: Reuss ne ricorda un altro nel quale in seguito a taglio cesareo conservatore, venne con opportuno trattamento ottenuta la guarigione dell'osteomalacia, cosicchè la donna dieci mesi dopo il parto poteva camminare a lungo senza alcun dolore. E finalmente il Sippel di Francoforte riporta un terzo caso in cui, quantunque nell'operazione cesarea fosse stata rispettata la integrità anatomica e fisiologica dell'apparato genitale, abbenchè l'osteomalacia avesse già gravemente alterato lo scheletro della donna, pure appena quattro mesi dopo l'operazione senza che nessuna speciale terapia fosse stata adottata, avvenne un sensibile miglioramento delle condizioni dell'operata, fino a scomparsa completa dei dolori ed alla riacquistata attitudine a camminare.

Ma non basta: come ci spiega la teoria del Fehling la singolare distribuzione geografica della malattia, nonchè i casi di osteomalacia negli uomini? Pertanto se è innegabile l'efficacia della castrazione nell'osteomalacia, questo fatto d'altro canto, dice l'Hofmeier, ci ha resi ancora più oscuri i capitoli dell'etiologia e patogenesi dell'osteo-

malacia, ed ha aumentato le nostre incertezze sulla strana natura di questa osteopatia.

Contro la teoria del Fehling sorse lo Zweifell, il quale, riferendo alla Società ostetrica di Lipsia un suo caso di amputazione utero-ovarica cesarea in donna osteomalacica, colse occasione per dichiarare che a suo parere il miglioramento delle operate alla Fehling non va ascritto alla mutilazione in sè stessa dell' apparato sessuale, non al fatto chirurgico della rimozione delle ovaia; bensì semplicemente alla esclusa possibilità di nuovi concepimenti, unitamente alla migliorata alimentazione delle operate durante la loro degenza negli istituti. A parere dello Zweifell ove l'operazione di Porro non si rendesse necessaria per altre ragioni, basterebbe ottenere la sterilizzazione delle donne dopo il taglio cesareo conservatore, con un mezzo assai più semplice della castrazione, colla legatura cioè degli ovidotti, e lo Zweifell invoca appunto l'esperimento clinico su tale indirizzo. — Il Fehling però contestò ogni valore alle idee dello Zweifell citando casi di donne, nelle quali l'osteomalacia aveva fatto progressi malgrado non si fossero più verificate gravidanze da un lasso di tempo che variava dai 4 agli 8 anni, e dimostrò come anche in esse la castrazione aveva dato buon successo il quale meritava quindi di essere attribuito non già alla sterilizzazione della donna, ma all'arresto nella stessa del processo di ovulazione.

(Continua).

COMPARTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELL'OSPEDALE MAGG. DI MILANO (1)
diretto dal Prof. L. Mangiagalli

Dott. CARLO DECIO

Del parto forzato e del taglio cesareo in gravida agonizzante

purchè il feto sia vivo e vitabile

STUDIO STORICO-CRITICO.

« Se egli è certo, che il taglio cesareo dopo
» morte non lascia speranza, se non di salvare
» definitivamente uno o due nei cento feti
» estratti in tal guisa, non parrà incongruo il
» pensare al modo di ovviare a sì triste risul-
» tato. » C. Esterle (2).

Se l'ultima parola non fu ancora detta sul controverso problema da cui s'intitola questa memoria, la cui soluzione, come disse il professor Mangiagalli (3), involge tanta responsabilità morale, civile, scientifica e pratica, non presuma il lettore, che io mi attenti a proferirla; tuttavia, prendendo occasione di render noto un caso di taglio cesareo intrapreso per deliberato animo su donna prossima a morire (4) — il quale non credo debba oltrepassarsi in silenzio — vedrò di riassumere l'argomento, allo scopo di risuscitarne lo studio, così che anche per opera d'altri si venga a rischiarare viemaggiormente uno dei punti, che

(1) Questa memoria venne elaborata quando il prof. Mangiagalli dirigeva ancora questo Comparto.

(2) Esterle. « Sulla convenienza di estrarre il feto per le vie genitali, purchè vitabile, prima che avvenga la morte, giudicata vicina o sicura, di donna gravida. » In *Bull. Scienze Mediche*, Bologna, anno 1861, vol. CLXXVIII, Serie 4.ª, pag. 317 (in Bibl. Osp. Maggiore).

(3) Mangiagalli. « Le più recenti modificazioni al taglio cesareo. » Studio storico-critico. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, anno V-VI, 1883-84 (in Bibl. Osped. Maggiore).

(4) L'osservazione appartiene al prof. Mangiagalli. Vedi « Rendiconto biennale (1891-92) del Comparto ostetrico-ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, Dicembre 1893, pag. 888.

nel campo pratico dell'arte ostetrica può turbare molte oneste e timorate coscienze (Giordano).

Poichè è un fatto positivo, lungi dal poter sembrare un fronzolo di vana retorica, che nell'esercizio ostetrico si accumulano i più gravi interventi dell'arte chirurgica, nei quali bene spesso non possono essere invocati quegli espedienti di indugio, onde maturasi nella calma di ponderate riflessioni la condotta che dev'essere seguita; talora due sono le vite pericolanti, non sempre ad entrambe può essere rivolto un adeguato soccorso, che anzi, in talune circostanze la salvezza dell'una, implica inesorabilmente il sacrificio dell'altra.

Non mi è ignoto di affrontare una grave e vastissima tesi, alla cui soluzione non bastarono i più alacri ingegni, tuttavia mi proverò se non a risolverla, giacchè prevedo ciò essere superiore alle mie forze, per lo meno a dire quel tanto che possa bastare per la deduzione di pratici corollari sulle ostetriche operazioni, che del presente scritto formano obbietto.

E però, se incompletamente mi verrà fatto di soddisfare al debito che mi imposi, spero che ciò non andrà ascritto a difetto di volontà, da chi sarà per giudicarmi, confortandomi la sentenza di Seneca « *multum restat adhuc operis, multumque restabit, nec ulli nato post mille sæcula recludetur occasio aliquid adijciendi.* »

***

Fino dagli antichissimi tempi l'uomo sentì il dovere di salvare la vita del prodotto del concepimento allorchè la madre veniva a soccombere; ma il precetto di aprire il ventre alla gravida che viene a morte prima del parto risale, come è noto, ai tempi dei primi re di Roma, e ne fa fede la *Lex regia* che suolsi attribuire a Numa Pompilio. « *Mulier quæ prægnans mortua, ne humetur antequam partus ei excidatur, quei secus faxit, spei animantis cum gravida occisæ reus estod* » (1). Una pre-

(1) MARCELLUS. « Digestor. » Lib. XXVIII. — « Corpus juris Civilis Romani. » Lib. XI, tit. 8. « De mortuo inferendo et sepulchro aedificando » (in Bibl. Ambr.). — Per ciò che riguarda le antiche memorie sulla sezione cesarea presso gli antichi Greci e Romani, vedi Ed. Gasp. Jac. de Siebold. « Histoire de l'obstétricie. » Trad. di Herrgott. Paris, 1893, a pag. 54, 55, 56 e 57, vol. I ed il § 58 dello stesso volume a pag. 116 e seg. (ex libris meis).

scrizione consimile, dice il Corradi (1), sembra che avessero gli antichi Indiani, e forse anche gli Egizi, e se giunse fino a noi siffatta consuetudine, fu solo in via di tradizione e di umanità, e « quando una » donna gestante soccombe od è per soccombere, il medico accorre o » le sta appresso per sottrarre il più prestamente che può, il feto alle » conseguenze della morte materna, che gli sono fatali » (2).

Ma sostiamo alquanto, e facciamoci a seguire tal pratica nella sua evoluzione. Caduto il romano impero, illanguidendosi mano mano il paganesimo, non parve alla novella chiesa che la pratica del taglio cesareo *post mortem* andar dovesse dimenticata, vedendo possibile con essa il dar battesimo alle creature (3), e così nei secoli di mezzo Guido da Cauliaco (1498), Pietro dell'Argellata (1499), Berengario da Carpi (1521), Nicola Massa (1536), Guido Cesare Aranzio (1564), Orazio Angenio (1584), nei loro scritti raccomandarono siffatta operazione (4). Ed il sentimento religioso, che in altri tempi era assai più diffuso e radicato di quanto non lo sia ai nostri giorni, spinse i fanatici osservatori dei comandamenti ecclesiastici a delle proposte talora ridicole, e ad altre, le quali se non parvero inumane, fu solo per rispetto alle epoche in cui vennero formulate.

E, dice il Corradi, « alcuni ecclesiastici per lo smodato zelo di con» ferire il battesimo alle creature, non ristettero dal volere la sezione » del ventre delle gravide in punto di morte, forse prendendo alla » lettera ciò che nel Concilio di Colonia (1280) venne statuito ....*et si* » *certum sit, quod mulier prœgnans moriatur, teneatur os eius apertum, et* » *cum magna cautela uterus eius aperiatur* » (5). Ed è lecito argomentare che infiniti abusi dovevano essere da tal pratica originati, imperocchè

---

(1) CORRADI. « Dell'ostetricia in Italia dalla metà dello scorso secolo fino al presente. » Capo 28, pag. 683, Bologna, 1874 (in Bibl. Osp. Magg.).

(2) GIORDANO. « Cesari ed Agrippi nel caso di morte della gestante. » Prolusione al corso di ostetricia. Torino, 1862-63 (in Bibl. S. Caterina).

(3) Il rituale romano, *De Bapt. parvulorum.* Mediolani, 1850, pag. 13, comanda espressamente che: « Si mater prœgnans mortua fuerit, fœtus quamprimum caute extrahatur, ac si vivus fuerit, baptizetur. » — Vedi anche EDMONDO MARTÈNE: « Veterum Scriptorum, etc. amplissima collectio. » Paris, 1733, T. VII, pag. 1282, negli statuti Sinodali della chiesa Aureliana: *De prœgnantibus mortuis.* « Mortœ mulieres in partu scindantur, si infans vivere credatur, tamen si bene constiterit de morte ipsarum. » Quegli statuti sono riferiti dal Martène alla prima metà del secolo XIII (Bibl. Ambrosiana).

(4) CORRADI, loco citato. Vedi le relative citazioni bibliografiche.

(5) « Conciliorum collectio. » Ed. Mansi. Venezia, 1780 (Bibl. Ambros.).

S. Tomaso d'Aquino ancor prima dell'accennato Concilio (1) esplicitamente avea detto: « *non sunt facienda mala ut veniant bona, et ideo non debet homo occidere matrem ut baptizet puerum; si tamen mater mortua fuerit, vivente prole in utero, debet aperiri ut puer baptizetur.* »

Da tali precetti poco dissimili sono gli altri i quali leggonsi negli *Acta Ecclesiæ Mediolanensis* di S. Carlo Borromeo (2), « *ne pro salute filii, mater occidatur* » precetti, i quali ci dimostrano come il taglio cesareo sulle agonizzanti dovette essere praticato ad onta delle ammonizioni della Chiesa, assai più frequentemente di quanto non si crede e forse anche in tempi meno remoti, o per lo meno dovette essere praticato prima che del tutto spenti fossero i volgari segni della vita; ciò appare altresì da Roederer, da Astruc e da altri che fra breve mi verrà fatto di accennare.

Del rimanente, per tacere d'altri, il canonico Francesco Emanuello Cangiamila da Palermo, nella sua opera (3) che a giudizio di contemporanei fu tenuta in tale concetto da meritarsi, come disse il Corradi, l'onore di più ristampe, fu pur esso caldissimo fautore del taglio cesareo tanto nelle gravide morte, *quanto nelle ancor vive, allorchè il parto naturale fosse impossibile: e questa operazione, quando qualsiasi altra persona adatta mancasse, doveva farsi dal sacerdote, e massimamente dal parroco.* In ogni caso poi, ove fosse stato tempo a tutto apparecchiare e convenientemente per la sezione cesarea, il parroco doveva essere presente, bastando che per decenza ed onestà volgesse le spalle alla donna, pregando frattanto Iddio per l'esito prossimo del bambinello. E per dare una idea del punto massimo dello zelo intento alla eterna salvezza delle anime dei fantolini, dirò che essendo dopo molte discussioni rimasto dubbio circa il tempo della animazione del feto, si venne a stabilire doverglisi conferire il battesimo allorchè mostrasse i segni di vita desumibili dai movimenti (4). E a tal segno giunse lo scrupolo,

---

(1) S. Tomaso d'Aquino morì nel 1274.

(2) Mediolani, 1599, P. IV, pag. 502.

(3) CANGIAMILA. *Embriologia sacra. Sive de officio sacerdotum, medicorum, etc.* Panormi, 1758, vol. 1, in-4. Altra copia, Milano, 1761, in-4 (Bibl. Osp. Magg.).

(4) I teologi non furono d'accordo sull'epoca della animazione dell'embrione o del feto. Sant'Agostino e S. Tomaso adottano l'opinione di Aristotele il quale fissa l'animazione pel sesso mascolino al 40.° giorno, ed al 60.° pel sesso femmineo. Il Debreyne tuttavia è d'avviso che una simile distinzione è affatto ridicola. Altri, come dissi desumono l'animazione dai movimenti fetali, ed altri ancora, Zacchia,

che certo Ippolito Pagnotta di Monreale presso Palermo, nell'anno 1727, battezzò, e fece seppellire nella insigne Collegiata del Crocefisso un embrione già sciolto dalle secondine, e della grandezza di un' ape, abortito da sua moglie, ch'era gravida di tanto poco tempo, che ancor essa medesima non sapeva di esserlo (1). E siccome facile non doveva essere la cerimonia religiosa in siffatte emergenze, così la Chiesa col dettarne le norme (2) veniva sempre più a ribadire tanto nel clero, quanto nei fedeli, un obbligo, che malamente interpretato, li portava verso il ridicolo; nè tardava a germogliare il frutto della popolare ignoranza, cui non sembrò inumano, che lo stesso che battezzava gli abortivi li avesse poi ad uccidere, conoscendo come essi non potessero sopravvivere a lungo.

Se adunque per la salvezza spirituale del prodotto del concepimento si potè arrivare a siffatte ridicole pratiche, è lecito il supporre, che nei casi in cui la gravidanza era più che inoltrata, ed il feto vitabile, maggiore sollecitudine animasse, a volere il parto cesareo, coloro che circondavano la gravida, ed allo scopo di ottenere la creatura vivente, non si badasse molto pel sottile se la madre fosse realmente trapassata (3).

S. Basilio, S. Gregorio, Cangiamila e lo stesso Debreyne ammettono l' animazione aver luogo nell' atto stesso della concezione. Ne consegue che a seconda delle opinioni, varia l'epoca nella quale il battesimo è reputato necessario, per cui il Cangiamila vorrebbe praticata l'operazione cesarea persino nelle gravidanze di 20 giorni ed ancora più presto, ed il Debreyne si limiterebbe ad agire in quelle arrivate al 40.° o al 45.° giorno. Come ognuno vede questo non era che il frutto della esagerazione di un principio rispettabile, ed il Depaul assai acutamente osserva la impossibilità della pratica dal punto di vista dell'epoca in cui l'ovicino fecondato viene a prendere stanza nella cavità della matrice.

(1) Vedi CANGIAMILA, loco cit.

(2) Gli embrioni dovevano essere battezzati « *per immersionem* in un piatto o bicchiere senza paura » che il Sacerdote divenga irregolare, accelerandogli la morte, quando anche egli sia svestito delle secon- » dine, perchè è solito nuotare nel liquore che si contiene in una di esse, chiamata amnios, od amicolo, » senza tanto bisogno di respirazione, e così non morrà per l'immersione; ma se ciò accadesse sarebbe » *per accidens*, e la sua vita è si tenue, è sì impossibile a conservarsi a lungo, che non si deve in tale » circostanza tralasciare di battezzarlo, per paura che non muoia pochi momenti prima. » V. Cangiamila. — Nell' opera di « Teologia Morale » del Padre gesuita Agostino Lehmkuhl edita nel 1890, al capo III del vol. II a pag. 57 è pure detto che « omnes foetus abortivi *caute* tractandi sunt, atque, nisi statim in- » dubia mortis signa appareant, illico baptizandi sunt sub conditione, neque post longius etiam tempus, » si statim collatus non sit, baptismus omittendus est. » Il predetto autore riporta quivi in una nota le opinioni di Capellmann circa il battesimo degli embrioni sciolti o meno dalle secondine.

(3) Il Padre gesuita Bucceroni, professore di Teologia e di Morale nella università pontificia, così si esprime: « de operatione caesarea in ordine ad baptizandum infantem nondum natum. Mortua mater

Ciò poi appare evidente da quanto racconta lo stesso Cangiamila, e cioè che: « per non aver fatta prima la diligente inquisizione, se » una certa gravida fosse realmente morta, all'aprirla il chirurgo, dal » digrignare ch' ella fece, e dallo storcersi, ognun s' accorse che la » poverina era ancor viva. » Se non che quel canonico, cui lo scopo sembrava giustificare ogni mezzo, aggiungeva: « in ogni modo ciò non » ci deve atterrire ne rendere tardi alla operazione: e molto meno ar- » restare i sacerdoti dall'ordinare il taglio per paura d'incorrere nella » irregolarità, se mai la pregnante fosse viva; poichè, come bene a » proposito avverte Heister, appena di cento mila che i prudenti e » eziandio il volgo mediocre ha creduti per morti si è mai trovato uno » che sia stato veramente vivo. Che se mai succedesse il caso in una » di queste gravide, non ne dovrebbe concepire scrupolo il chirurgo, » o il sacerdote, ai quali, avendo operato prudentemente non s'imputa » dinanzi a Dio la disgrazia da loro non voluta, ma la carità verso il » bambino da loro pretesa. »

Ho voluto riportare questo brano appunto per dimostrare quanta influenza potessero un tempo esercitare simili dottrine sopra menti meno colte od illuminate.

Riguardo poi alla citata sentenza Heisteriana, che il canonico di Palermo reca a conforto della propria tesi, e cui parve bastasse per troncare d'un tratto ogni dubbio, si potrebbe obbiettare invece, che la diagnosi di certa morte non sempre può essere ed in modo assoluto istituita, neppure ai nostri giorni, malgrado i continui progressi della scienza che ci porgono ognora nuovi espedienti e docimasie.

Dice lo Struve (1) che niuno sa il vero istante in cui un nostro simile muore, nè ciò potrebbe sapersi senza manifesti caratteri; e quelli

---

» certum est posse fieri operationem cæsaream, et quidem statim ac de ejus morte constet. Admonendus » est tamen loci Præfectus seu Præpositus, et adhibendi sunt testes ab ipso approbati tum ad mortem » recognoscendam, tum ad majoren rei certitudinem ac præsertim ne operationis auctor tamquam homicidii » reus traducatur. Vivente matre, nunquam licite fieri potest operatio cæsarea, quoties adest periculum » seu proximum seu probabile mortis matris ex ipsa secuturæ, quamvis ea non facta, mater et proles certo » perituræ sint. Vivente matre, licite fieri potest operatio caesarea positis his circumstantiis I, scilicet: » si illa naturaliter parere non possit, aut moritura sit antequam pariat cum maximo periculo mortis in- » fantis priusquam baptizari queat. II, si ex judicio chirurgi periti adsit proximum mortis matris peri- » culum. » Vedi « Institutiones Theologiæ Moralis secundum doctrinam S. Tomæ et S. Alphonsi, » vol. II, C. IV, *De subjecto baptismi*, pag. 123. Romæ, ex typographia Forzani, 1893.

(1) « Lo sperimentatore della vita, ecc. » Hannover, 1805.

che noi comunemente vediamo hanno più volte ingannati uomini espertissimi nell'arte salutare. Lo spirare, che, come disse il Giordano (1) in ogni tempo fu sinonimo di morire, trae origine dal volgar segno della cessazione del respiro, se non che questo atto può essere talora così debole e così impercettibile da persistere inosservato, e così può darsi che per questo solo si sia tratti in inganno; inganno che non colse soltanto il *volgo mediocre,* ma eziandio medici, alcuni dei quali espertissimi. Tale probabilmente deve essere stato il caso dell'illustre Soemmering, cui poco mancò non venisse vivo dissecato da' propri colleghi, su quel tavolo anatomico, sul quale, per usare le parole del Giordano « *continuò egli stesso per molt' anni ancora a dissecare l'altrui cadavere.* » Nè dissimile a questo l'altro ben più funesto occorso al cardinale Espinosa, presidente di Castiglia ai tempi di Filippo II, il quale afferrò di proprio pugno la mano dell' anatomico che lo incideva allo scopo d'imbalsamarne la salma (2).

E se ciò occorse in casi all'infuori dello stato di gravidanza, e che

---

(1) Loco citato a pag. 215, nota 2.

(2) Il timore di dar sepoltura ad un vivo, e la morte apparente non era ignota agli antichi. Mosè ordinava di non seppellire i morti se non dopo 3 giorni. Per testimonianza di Virgilio, *De his qui elati revixerunt*), le cerimonie delle prefiche erano intese a scuotere il supposto defunto (PLINIO « Historia naturalis. » Parisiis, 1712, libro VII, capo 52, pag. 407, in Bibl. Osp. Magg.) narra il caso del console Aulo Viola il quale fu rianimato dalle fiamme del rogo. Andrea Vesalio, archiatro di Carlo V e di Filippo re di Spagna, per aver sezionato un uomo che credevasi morto dovette salvare la propria vita colla fuga. Anche Francesco Petrarca in Ferrara fu una volta creduto estinto per trent' ore (Vedi « Memorie storiche della famiglia degli Ariosti »). — Chi poi fosse vago di approfondire le proprie cognizioni sopra questo argomento consulterà con profitto le seguenti opere: LANCISI. « De subitaneis mortibus. » Roma, 1707 (Bibl. Osp. Magg.). — LOUIS. « Lettres sur la certitude des signes de la mort. » Paris, 1752, T. I (Bibl. Palletta nell' Osp. Magg., B. IV, 18). — BRUHIER. « Dissertatio de incertitudine signorum mortis, etc. » (Bibl. Braid.). — CURRY. « Observations sur les morts apparentes. » Genève, anno VIII, Rep. Trad. di Odier (Bibl. Osp. Magg., Mis. II, 305). — AMATI GIACINTO. « Morti apparenti ed inumaz. precipitate. » Milano, 1850 (Bibl. Osp. Magg., Mis. II, 269). — COMI ANGELO. « Sulla morte apparente dell' uomo. » Roma, 1851 (Bibl. Osp. Magg., Mis. II, 293). In quest'opera è pure offerta una estesissima bibliografia sull' argomento. — JANIN. « Réflections sur le triste sort des personnes qui, sous une apparence de mort, ont été enterrées vivantes. » Paris, 1772 (Bibl. Osp. Magg., Mis. II, 305). — VICENTINI. « Gli affogati nelle acque, morti apparentemente. Intorno al metodo di soccorrere i sommersi. » Milano, 1769 (Bibl. Osp. Magg., Mis. II, 305). — BROUARDEL. « La mort et la mort subite. » Paris, 1895, édit. Baillère. — BOUCHUT. « Traité des signes de la mort et des moyens de prevenir les enterrements prématurés. » Paris, 1849. Vedi in *Ann. d'igiène et de méd. lég.* il rapporto di Rayer (Bibl. Osp. Magg.). — P. UHLE ed E. WAGNER. « Trattato di patologia generale. » Venezia, 1869, pag. 57. — NASSE. « Della distinzione della morte apparente dalla reale. » 1841. — HASSELT. « La teoria della morte e la morte apparente. » 1862.

come tali non presentavano alcuna urgenza, come argutamente osserva il Guzzoni degli Ancarani (1), non è lecito forse il supporre che ciò sia avvenuto più spesso di quanto non si creda, su donne tratte a morire da malattie complicanti la gestazione? La morte apparente rara nell'uomo, sembra dalle statistiche meno rara nella donna, ed ancor meno quando questa si trovi nello stato di avanzata gravidanza (Thèvenot). Del resto, se accadde al Peu di vedere digrignare i denti e contorcersi quella gravida che, creduta morta, s'accingeva ad operare di sezione cesarea (2), se accadde dico al Peu, che, malgrado i violenti attacchi coi quali Mauriceau tentò denigrarne i meriti, era tuttavia uomo indubbiamente di fama superiore, e pratico di non dubbia esperienza, non sembrerà certo esagerazione il supporre che ostetricanti meno illuminati, che barbieri e mammane (3) e peggio ancora che persone profane dell' arte chirurgica, sorretti da religiosa fede, nella speranza di ecclesiastici indulti (4), si accingessero ad aprire il ventre delle madri, ancor che queste non avessero esalato l'ultimo sospiro, ben conoscendosi che coll'indugio venivano minorate le probabilità di vita delle creature, che vive a cagion del battesimo si volevano ottenere (5).

---

(1) Guzzoni. « Il taglio cesareo. » *Collezione italiana di letture sulla medicina,* Serie IV, N. 5, Milano, edit. Vallardi.

(2) Peu. « La pratique des accouchements. » Paris, MCXCIV, Livre II, pag. 333 (in Bibl. Ambr.). Il caso è interamente riportato nella pubblicazione di Thèvenot (*Annales de Gyn. et Obst.*, 1878, T. X, p. 374, in Bibl. Univ. Ticinese) che pure per esteso racconta un fatto spettante a Van-Swieten (« Aphorismes de Chirurg. d'Hermann Boerhaave » commenté par Van-Swieten. *De l'accouchement difficile,* T. VII, pag. 322) in cui una gravida tenuta per morta fu ridonata alla vita mediante energiche stimolazioni.

(3) Nello statuto per le levatrici di Francoforte (1573) era prescritto che queste sgravassero le morte gravide aprendo loro il ventre, quando non fosse possibile avere per ciò qualche chirurgo. (Vedi Corradi, op. cit.). In Sicilia nel 1747 non era permesso ai barbieri ed alle comari di esercitare l'arte loro, se non avessero dimostrato di saper fare la sezione cesarea sulle defunte. Secondo Cangiamila qualunque persona in mancanza d' altri era autorizzato a praticarla. Del resto barbieri e flebotomi continuarono ancora fino al principio di questo secolo ad assistere i parti, e ne fa fede il Monteggia nella sua prefazione all'opera di Stein volgarizzata in lingua italiana e pubblicata in Venezia MDCCC (in Bibl. Osp. Maggiore).

(4) Il Sinodo di Lingòn nell'anno 1404 concedette 40 giorni di indulgenza a tutti quelli che avessero consigliato od in qualche maniera cooperato a fare il taglio cesareo (Cangiamila). Vedi anche Marc. « Commentaire sur la loi de Numa Pompilius, in mém. de la Soc. méd. d'Emulation » 1811, VII, p. 266. Citaz. tolta dal Corradi.

(5) Il Cangiamila biasima assai certo prelato « ch'era pure di singolare e straordinario zelo, e che lasciò seppellire una gravida di nove mesi, perchè credeva per certo che il feto dovesse morire all' istante, e però concludeva che il taglio *si dovesse fare prima che spirasse la madre.* » E già il Morgagni

Ed infatti non mancarono i casi di morte apparente, ed oltre ai due accennati, uno narrato dal Cangiamila e l'altro da Peu, è pure da ricordarsi quello di Rigaudeaux di Douay (1) avvenuto nell'anno 1745, e che menò tale rumore, che tale racconto noi troviamo ripetuto da molti autori, e sul quale io dovrò ritornare più innanzi a proposito di altra questione. Per ora mi basti il dire, che sebbene quell'ostetrico abbia avuto la ventura di salvare il feto, ed ancora la madre che già riteneva per morta (non già colla sezione cesarea ma bensì coll'espletare il parto per le vie naturali), pur non di meno, come osserva il Corradi, questo esempio non venne posto ad imitazione dai suoi contemporanei « giacchè il Roederer nel 1753 e l'Astruc nel 1766 continuavano a raccomandare l'operazione cesarea in qualsiasi morta gravida » ed il primo mostravasi assai indulgente con il chirurgo che avesse tagliato una donna non ancor morta: « *quando gravius forsan deliquium mortem simularit, materque revivescit operatorem caute processisse minime pœnitebit* » (2).

E Bordenave nel 1777 all'Accademia delle Scienze di Parigi (3) presentava una dissertazione « Sur la nécessité de faire l'opération césasarienne aux femmes qui meurent enceintes, » nella quale dissertazione lodando l'opera del Cangiamila apparsa 32 anni innanzi (e che chiama *estimable, peut-être trop peu connue, dictée par l'amour de la religion et de*

---

enumerando le cause degli insuccessi del taglio cesareo *post mortem* scriveva: « Verum, dum prosector quaeritur, dum accersitur, dum venit, saepe ii qui vivebant, debiliores praesertim infantes, moriuntur. » Vedi « De sedibus et causis morborum per anat. investigatis. » Epistola XLVIII, § 42 (in Bibl. Osp. Magg.). Il Varandeo di Montpellier sosteneva, ed a torto, che il feto non poteva in verun modo sopravvivere alla madre (« Tractatus de Morb. Mulierum. » Libro II, Cap. VI, Monspessuli, 1620, pag. 327. « Matre extinta fœtum statim mori necesse est » (in Bibl. Braidense).

(1) Baudelocque. « Art des accouchem. » Paris, 1795, T. II, pag. 442 (in Bibl. Osp. Magg.). Chi avesse vaghezza di prendere estesa nozione di questo racconto consulti il *Journal des Savants*, Parigi, anno 1749, pag. 34 (Vedi in Bibl. Ambros.), oppure le « Rettificazioni storico-critiche intorno al parto forzato, ecc. » inserite nel *Bollettino delle Scienze mediche di Bologna*, dell'anno 1872 a carte 158 e seg. (in Bibl. Osp. Magg.), in cui il Verardini pensò di trascrivere quel caso nella sua integrità, allo scopo anche di rettificare una inesattezza in cui incorse il Corradi, il quale in un articolo della *Gazzetta Medica Italiana* delle provincie Venete (anno 1872, N. 30-31) pubblicò un lavoro sul parto forzato nelle morte incinte, che poi figurò nella sua opera classica, la quale in allora era soltanto in principio di stampa. Il caso del Rigaudeaux è altresì riportato per intero nella tesi del Thèvenot. « De l'accouchement artificiel par les voies naturelles substitué à l'opération césarienne post mortem. » Loco cit., pag. 260 e seg.

(2) Roederer. « Elementa artis obstetriciæ. » Colonia, 1763, pag. 272-275. Dice il Corradi che questa pregevole opera fu ignota allo Siebold.

(3) « Histoire de l'Acad. Royale des Sciences. » 1777, Paris, pag. 220.

l'humanité) faceva voti perchè anche nella Francia si emanassero leggi consimili a quelle promulgate in Sicilia (1). E dal canto suo anche il Senato della Serenissima Repubblica nel 1760 bandiva si facesse il taglio cesareo nelle donne che gravide venivano a morire, allo scopo di avere « *nel medesimo tempo preservata la creatura e la madre stessa se per anco morta non fosse, ma solo oppressa da soffocazione isterica* » credendosi ogni dilatazione artificiale pericolosa tanto alla madre come al bambino (2).

Ed oltre ancora ai tre casi di morte apparente suaccennati, potrebbero quivi ricordarsi quelli occorsi in epoche più recenti, come quello della pregnante supposta morta, di cui narra il Trinchinetti (3) occorso ad un suo collega e l'altro di Pénard ricordato dal Corradi e dal Pinzani (4), in cui il chirurgo non si accorse che la donna era ancor viva, se non al momento in cui s'accingeva a suturarne l'addome. Fortunato il chirurgo, ma più ancora fortunata la paziente che ciò nullameno dalla morte scampava (5).

Che se minore esperienza o soverchia sollecitudine, avessero indotto

---

(1) La legge Carolina 1749 sanciva che siccome *criminis homicidii patratores* dovessero considerarsi coloro i quali o per negligenza o per malizia si opponessero o ritardassero la suddetta operazione.

(2) SEBASTIANO MELLI. « La Comare levatrice. » Venezia, 1766, pag. 308-309 (in Bibl. Osp. Magg.). In ogni spezieria poi era esposto alla pubblica vista un ruolo dei più esperti chirurghi, in tale incisione, autorizzati da superiore licenza.

(3) TRINCHINETTI. « Osservazioni sopra la retroversione dell'utero. » Milano, 1816, tip. Bernardoni, pag. 89 (ex libris meis). Mi sento in obbligo di rettificare una piccola inesattezza in cui incorse il Verardini, laddove accennando a questo caso esso viene allo stesso Trinchinetti erroneamente imputato. (VERARDINI. *Annali Univ. di Medicina*, vol. CCIV, anno 1868, pag. 135 terz'ultima (Bibl. Osp. Magg.).

(4) PINZANI. « Condotta che deve tenere l'ostetrico presso una incinta morta o per tale ritenuta. » Bologna, *Rivista Clinica*, Ottobre 1884 (in Bibl. Osp. Maggiore).

(5) Riporto in esteso questa osservazione togliendola dalla tesi del THÈVENOT, loco citato, che direttamente l'attinse dall' « Essai sur les accouchements de Bodin. » *Observation d'une opération césarienne faite avec succès.* « La femme Gauthier, du village de la Janverie, commune de Montaut, département de la Loire-et-Cher étant dans les douleurs d'une grossesse à terme, tomba dans un tel état que le nommé Pénard, chirurgien à Cangey, la croyant morte, lui ouvrit le ventre et la matrice avec un rasoir, et sans trop de précautions pour sauver la vie de l'enfant. L'effusion du sang, la douleur de l'opération rappelèrent cette malheureuse à la vie. Elle poussa un soupir et dit, *que vous me faites mal!* au moment où ce chirurgien s'efforcait d'enfoncer une aiguille dans un des bords de la plaie, pour contenir les entrailles dans l'abdomen par un point de suture. Surpris, et autant effrayé de ces paroles, que de l'opération qu'il venait de faire, et qu'il n'aurait jamais entrepris sur une femme vivante, il s'enfuit. Il fallut retourner chez lui, l'assurer que la femme Gauthier n'était pas morte et qu'elle le priait de venir la recoudre, pour l'y déterminer. Un frère qu'il avait à Lyneray, et un peu moins ignorant que lui, dirigea la cure; elle guérit et vivait encore en Septembre 1792. » (Vedi P.-J.-F. BODIN, chirurgien membre du corp Législatif: « Essai sur les accouchements. » Paris, an V de la République. Questa narrazione è riportata anche dal SÉDILLOT: « Recueil périodique de médec. » V, pag. 447).

ad operare di sezione cesarea e il Trinchinetti quella gravida (1) che egli reputava che col sangue effuso per emorragia, perduto avesse pure la vita, e lo Scattigna quell'altra già da 12 ore supposta morta (2), ed il Rivani ancora quella misera di cui fa cenno il Verardini (3), la storia potrebbe registrare tre casi in più di quelli già ricordati, per tacere di altri tre casi spettanti al Golinelli, al Tallinucci ed al Finizio, che più innanzi mi verrà fatto di menzionare.

Laonde io sono inclinato a credere che per lo passato, o per minore accuratezza nella indagine della morte, per eccessivo zelo religioso, per ambiguità di leggi, o per fallace interpretazione delle medesime, specialmente nei casi in cui la sezione cesarea non era eseguita dai chirurghi, sia stata spesse volte involontariamente praticata sopra gravide non ancor morte, ma sibbene negli ultimi aneliti di estrema agonia.

E se l'ipotesi per offrire un certo grado di probabilità non dovesse in sè riunire tutti i fenomeni, confrontarli fra loro, enumerare tutte le cause possibili, e discernere quelle che maggiormente combinano colle circostanze, io potrei dedurre conseguenze favorevoli al taglio cesareo operato in donna agonizzante, dando uno sguardo ai risultati che si ottenevano dal taglio cesareo in epoche remote sopra gravide morte o ritenute tali. Infatti quali erano i risultati? Secondo Heymann e Lange sopra 331 operazioni non furono salvati che 6 o 7 bambini, e 13 che pur vennero estratti vivi non poterono sopravvivere che per qualche ora. Schwartz sopra 107 operazioni eseguite nell'elettorato di Hesse non vide neppure un feto salvato (4). Nè i risultati di statistiche parziali, come quelli offertici dall'Esterle e dal Giordano si possono dire più confortanti (5).

Se non che simili risultamenti che riflettono le epoche vicine, sono

---

(1) Loco cit., pag. 85.

(2) ASDRUBALI. « Elementi di ostetricia colle annotazioni del dott. Scattigna. » Napoli, 1811, T. I, parte II, pag. 157 e seguenti (Bibl. Osp. Magg.).

(3) VERARDINI. *Bollettino delle Scienze Mediche di Bologna*, anno 1868, pag. 136 (Bibl. Osp. Magg.).

(4) Per le quali ragioni diceva che le prescrizioni delle leggi, che ordinano al medico il taglio cesareo delle defunte sono illusorie come quelle che non danno la garanzia di alcun risultato. Vedi *Monateschrift für Geburtskunde*, 1862, pag. 173.

(5) HEYMANN. « Die Entbindung lebloser Schwangern mit Beziehung auf die lex regia. » Coblenz, 1832. In questa memoria propose il parto forzato, e le eventuali incisioni del collo uterino. Riguardo al taglio cesareo raccolse i casi dal 1800 al 1832, sopra 200 operate si trovarono 160 feti morti, 24 moribondi, 10 vissero poche ore, e solo 4 salvati. Lange continuò le ricerche dal 1832 al 1847. Sopra 143 operate si trovarono 124 feti morti, 11 moribondi, 3 vissero poche ore, e solo 3 furono salvati.

in manifestissimo contrasto con quelli ottenuti in epoche più lontane, e dei quali il Lange ci dà pure notizie. Cioè il numero dei feti salvati colla sezione cesarea *post-mortem* sarebbe favorevole in proporzione del 70 °|o dall'antichità fino al 1700, del 12 °|o dal 1700 al 1800, del 2 °|o dal 1800 in poi, e notisi che il Lange pubblicava la sua memoria nell'anno 1847 (1), ed aggiunge che la cifra del 2 °|o devesi considerare maggiore del vero, a motivo di molti casi sfortunati che non si pubblicano perchè manchevoli di ogni interesse od affatto comuni. Tralascio di discutere sopra quella parte di statistica che arriva fino al 1700, dandoci una percentualità di feti salvi che arriva alla cifra di 70, poichè in vero una simile statistica non può essere basata che sopra quei racconti favolosi, nei quali la mente di chi scriveva era forse più intenta a sorprendere la popolare credulità e buona fede, che a narrare fatti che alla scienza potessero interessare, e di cui abbonda l'antica letteratura medica (2). Ma dal 1700 al 1800 il procento di 12 può essere più attendibile, nè parmi si possa ripetere coll'Esterle (3) essere superfluo di cercare la causa di esiti così straordinariamente discrepanti in confronto a quelli che ottengonsi al giorno d'oggi; poichè, a mio credere, la causa sta appunto nella facilità colla quale probabilmente un tempo si addiveniva al taglio cesareo anche prima della morte della paziente, per le ragioni poco anzi indicate. È da aggiungersi che, non conoscendosi ancora il parto innanzi tempo ad arte provocato, ed il parto forzato, propugnato come fra breve vedremo dal Rizzoli, ne veniva grandemente diminuita la necessità della prima operazione sopra donne, che per malattie complicanti la gestazione, gravide arrivavano fino alla morte (4).

---

(1) Lange. *Casper's Wochenschrift*, 1847. « Krit. und statist. Bemerk zur Lehre von Kaiserechnitt au Todten. » N. 25-26.

(2) Nel XVI secolo, in piena rinascenza, allorchè l'ostetricia parve risvegliarsi emancipandosi dalle pastoie e dagli oscuri commentarii, pedissequi dei greci e degli arabi codici, noi troviamo negli scritti che tuttavia segnano reali progressi, una quantità di superstizioni, di racconti stravaganti, e anche più tardi persino nelle stesse incise tavole, benchè da espertissime mani condotte, raffigurati atteggiamenti di feti non mai più visti, e singolarissime mostruosità onde il Rueff ed il Liceto — caricaturisti della teratologia — andarono insuperati. (Vedi Jacobi Rueff. « De Conceptu et generatione hominis, etc. » Francoforti od Moenum, anno M. D. LXXX. — Fortuni Liceti. « De monstrorum causis, natura et differentiis. » Patavii, 1616 (in libr. Palletta presso la Bibl. Osp. Magg.). Il Liceto nacque nel 1577.

(3) Esterle. « Sulla convenienza di estrarre il feto per le vie genitali purchè vitabile prima che avvenga la morte, giudicata vicina e sicura di donna gravida. » Milano, 1861. *Annali Universali di Medicina*, volume CLXXVIII, fascicolo di Novembre 1861, pag. 317 (in Biblioteca Osp. Maggiore).

(4) Anche l'Hatin constatando la rarità relativa del taglio cesareo *post mortem* a' suoi giorni, l'at-

Infatti la pratica del parto provocato prematuramente, sorta collo scopo di ovviare a quei tristi accidenti che sorgono nell'atto del partorire nei bacini ristretti, benchè risalga ad epoche più remote, non di meno può dirsi un acquisto del secolo XIX. E quantunque in Londra nel 1756 siasi tenuto un Congresso di ostetrici sopra tale argomento, quantunque in Germania la raccomandasse nel 1799 Antonio Mai, fu il parto prematuro artificiale posto in pratica dal Wenzel nel 1804 e dallo Stolz nel 1831, ed in Francia assai più tardi, tale era stata la influenza di Baudelocque che l'aveva aspramente combattuto (1). Accettato di poi, primieramente nei casi di pelviche ristrettezze, non molto andò che le indicazioni si estesero anche ai casi di malattie che espongono a pericolo di morte la madre, e nelle quali la esperienza aveva dimostrato che collo svuotamento dell'utero scomparivano per intero, o perdevano della loro fierezza quei sintomi allarmanti, i quali si erano già mostrati indomabili da qualsiasi altro presidio.

E che la pratica del parto prematuro abbia grandemente influito a diminuire i casi di taglio cesareo *post-mortem*, nei casi di malattie complicanti la gravidanza, mi fu palese dal risultato di alcune ricerche istituite sopra i registri dei parti avvenuti nell' Ospedale Maggiore di Milano (2); risultati che mi compiaccio rendere noti, come quelli che io reputo di grande interesse, imperciocchè, valga per chi l'ignorasse, il notare, che nel nostro maggiore nosocomio sono ospiziate le pregnanti non per la pura cagione del partorire, ma solo pei morbi cui la gravidanza può o suole andare accompagnata.

I registri da me consultati furono indubbiamente quelli da cui il Corradi desunse gli sfavorevoli risultati del taglio cesareo nell'Ospedale Maggiore (3), imperocchè i cento casi da lui citati corrispondono appunto alle annotazioni a cominciare dal mese di Luglio 1853 fino al-

---

tribuiva: *1.° au progrès de la Science et du bien-être général qui en éloignent les occasions; 2.° à la diminution de la ferveur religieuse, qui ne nous oblige plus à aller chercher les enfants jusque dans les entrailles maternelles pour leur conférer le baptême; 3.° aux changements apportés dans les lois et règlements relatifs aux inhumations.* Vedi « De l'opération césarienne après la mort de la mère. » *Bulletin de l'Acad. nat. de médecine,* anno 1860, Séance du 20 Novembre, pag. 113 (in Bibl. del R. Istituto di Scienze e Lettere di Milano).

(1) SCHROEDER. « Manuale di Ostetricia. » Milano, F. Vallardi (in Bibl. Osp. Magg.).

(2) Sgraziatamente i registri dei parti, che si conservano nell'Archivio dell' Ospedale Maggiore di Milano non incominciano che coll' anno 1853.

(3) Il Corradi dice di aver avute queste informazioni dal dott. cav. Carlo Zucchi, allora medico capo di quello Ospedale.

l'anno 1874, epoca in cui apparve quel Commentario onorato del premio d'istituzione Gajani. Ora riunendo in una sola tavola anche i casi occorsi da quell'epoca in poi, così emergerebbe la loro frequenza:

1.° Decennio		2.° Decennio		3.° Decennio		4.° Decennio	
Anno	Casi	Anno	Casi	Anno	Casi	Anno	Casi
1853	6	1863	10	1873	1	1883	2
1854	5	1864	3	1874	2	1884	3
1855	7	1865	4	1875	2	1885	4
1856	3	1866	3	1876	2	1886	—
1857	5	1867	5	1877	3	1887	2
1858	11	1868	3	1878	4	1888	—
1859	2	1869	1	1879	2	1889	2
1860	4	1870	4	1880	3	1890	2
1861	3	1871	10 (1)	1881	2	1891	1
1862	4	1872	2	1882	1	1892	—
	50		45		22		16

Totale N. 133.

Riguardo poi alla età della gravidanza in cui le operazioni vennero eseguite ed al ragguaglio dei feti salvati si avrebbero le seguenti cifre:

Età della gravidanza	Feto morto	Vivo e morto subito	Sopravv. per qualche tempo	Osservazioni
Al 4.° mese	5	—	—	
» 5.° »	10	—	—	
» 6.° »	36	4	2	
» 7.° »	41	5	—	
» 8.° »	22	—	—	
» 9.° »	9	—	—	
Totale . .	123	9	2	(*) I feti furono 134 essendosi osservata una gravidanza gemellare.
		11		
	134 (*)			

(1) 8 morirono di vaiolo.

Undici quindi sarebbero stati i feti vivi ottenuti sopra 134 parti cesarei *post-mortem;* 9 di questi sono sul registro contrassegnati colla parola vivi e per di più col nome imposto ad essi, il che evidentemente sta a dimostrare che, come vivi, ebbero il beneficio dell'onda battesimale. Se non che le ricerche istituite nell'Archivio dell'Ospizio di S. Caterina alla Ruota (imperocchè in quell'epoca, come di presente, non avendo il nostro Ospedale Maggiore il servizio baliatico, inviava all'attiguo Brefotrofio quei bambini che non possono essere nutriti dal seno materno), non mi venne fatto che di trovarne due colà trasferiti, il che vale a dire che solo due poterono campare (1). E già che l'esame di quei registri mi ha portato alla compilazione delle suesposte tabelle, mi sia concesso quivi di notare — il che mi tornerà utile in prosieguo — altresì il diagnostico della malattia onde furono affette quelle madri operate *post obitum,* dalle quali vivi, in diverso periodo della gestazione, si ebbero i feti:

Estratti al 6.° mese		Estratti al 7.° mese	
Polmonite	1	Meningite	1
Tubercolosi	1	Emorragia da ? . . .	1
?	4	Catarro bronchiale. .	1
Vaiolo	1	Meningite	1
Totale	7	Totale	4

Ma tornando al punto dal quale mi distolse questa breve digressione, si potrebbe asserire che se il taglio cesareo *post-mortem* è assai diminuito di frequenza, la percentualità di feti salvati in tal guisa non dovrebbe risentirne colla differenza che intercede fra il 12 °|o e i risul-

(1) Debbo queste notizie alla cortesia dell'egregio cav. dott. Ernesto Grassi, direttore dell'Ospizio provinciale degli Esposti in Milano. Dai registri del Brefotrofio risulta che l'esposto al N. 2570 del 1861 visse un sol giorno; e l'altro esposto al N. 1882 del 1863 campò tre giorni. Nel primo di questi due casi la madre moriva di tubercolosi, ed il feto era meno che settimestre, anche nel secondo la madre soccombeva per tubercolosi polmonare; l'operazione fu eseguita dal dott. Gnecchi, il feto era solo di sei mesi.

tamenti attuali. E tanto più ciò non dovrebbe essere osservato in ragione eziandio dei progressi della scienza non solo, ma ben anche in virtù di tutte quelle circostanze le quali rendono oggidì più pronta ed efficace l'assistenza ed il soccorso alle gravide. Potrà a prima giunta sembrare un asserto contradditorio, ma io credo che la ragione appunto dell'aumento degli insuccessi riguardo ai feti debba andar collegata col fatto della minore frequenza colla quale si ricorre oggidì alla operazione in discorso, o dirò meglio col fatto, che in oggi accade vieppiù raro il caso increscioso di doverla praticare. Infatti nella maggior parte di malattie complicanti la gravidanza, essende noto come queste influiscano tristamente sul prodotto del concepimento, e come a sua volta la gravidanza oscuri il pronostico del morbo stesso, il più delle volte dico, bandito ogni indugio noi possiamo giungere in tempo, provocando ad arte il parto, a far sì che la donna possa sgravarsi, quando ancora le condizioni della medesima, per quanto minacciose, possono lasciare la duplice lusinga di veder salvo il feto, ed eventualmente in benefico modo influenzata la malattia onde la madre è affetta. Di conseguenza l'operazione cesarea *post-mortem,* che in questi ultimi tempi fu praticata, dovette essere riservata in quei casi nei quali l'ostetrico fu chiamato presso una gestante morente o fors' anco già morta, senza antecedenti soccorsi, senza alcun tentativo di acceleramento della funzione del parto, e colle vie generatrici affatto chiuse od impreparate per qualsiasi uscita. Oltre a ciò si aggiunga che, scemato il fanatismo religioso, il timore di aprire una donna ancor viva, avrà dovuto rendere ancor più guardinghi i chirurghi, i quali nel praticare le indagini necessarie allo scopo di accertare il vero stato della gestante, avranno inevitabilmente ritardato l'intervento, con manifesto danno del feto, ove pure questo ultimo non fosse stato premorto (1). Come adunque la statistica poteva

---

(1) A tale proposito piacemi riportare testualmente le parole del MORETTI [« Sul parto forzato nella donna gestante prossima a morire. » *Annali Un. di Med.*, anno 1877, pag. 510-511 (Bibl. Osp. Magg.)] come quelle che mi sembrano riprodurre con esattezza la penosa posizione dell'ostetrico in siffatte emergenze: « .... Chi arrivi chiamato tardi e rinvenga la gestante già estinta od in istato di morte apparente, dovrà trovarsi in serio imbarazzo. Da un lato il timore di operare col taglio cesareo una donna, » che forse può essere tuttora vivente, lo ecciterà a far uso di tutti quei mezzi, che rendonsi necessarii » per diagnosticare il fatto colla più scrupolosa certezza, e queste ricerche si prolungheranno, dovendo » esse estendersi anche al frutto del concepimento; d'altra parte il dubbio di arrivare troppo tardi nel » campo della azione lo sospingerà forse ad un esame incompleto con grave danno probabilmente della » madre e del bambino. »

migliorare? (1). Ed è per ciò che io credo, che essa non debba essere considerata in senso assoluto, nè che si possa paragonare l'odierna con quella di un tempo e presumere dai confronti di venire a risultamenti paragonabili a quelli che il matematico, ad esempio, può giungere a ridurre in una breve, e quel che più monta, *esatta* formula, dalla sostanza delle più complicate ed estese espressioni numeriche! Ma basti ormai di ciò: sta pur troppo il fatto reale, che l'apertura dell'addome su donna morta, eseguita allo scopo di salvarne il feto per entro racchiuso, ha dato in tempi recenti miserevoli risultati (2).

Ma i risultati sconfortanti che tradizionalmente, o per forza di inveterata abitudine erano passati senza gran fatto attirare l'attenzione degli antichi, ed il timore di operare sopra donna ancor viva, impensierirono invece gli ostetrici moderni, che, pur di uscire da siffatte contingenze, andarono escogitando altre vie per arrivare allo scopo desiderato.

Tralascio di discutere e di esaminare que' fatti isolati cui non può annettersi il pregio di una idea preconcetta; imperocchè, se l'attuazione dello sgravio artificiale per le vie naturali noi incontriamo in talune gravissime contingenze, questo venne solo suggerito dalle circostanze, e l'operatore s'accinse alla impresa non guidato da un preconcetto, e tanto meno pensò di rendere generale la pratica, od erigerla a metodo nei casi di donne morte in avanzata pregnezza. Sonvi

---

(1) Su questa circostanza amo insistere, imperocchè io credo, che appunto nella sicurezza di agire *in modo meno inumano*, od almeno apparentemente, risiedano le conseguenze migliori di altri metodi escogitati, che fra breve, mi verrà fatto di accennare.

(2) Recentemente il WINKEL (« Der Kaiserschnitt an der Todten und an der Sterbenden. » In *Arztzliche Rundschau, für die gesamten Interessen der Heilkunde,* II Jahargang, N. 5, München, 30 Januar 1892) avendo compilate alcune statistiche col materiale dell'ultimo trentennio, raccolto qua e là nelle pubblicazioni periodiche, avrebbe trovato che i risultati del taglio cesareo *post-mortem* non sono più così sconfortanti come quelli antecedentemente pubblicati dallo Schwartz, da Fehling e da altri, per le quali ragioni mostrasi assai propenso verso siffatto modo di agire, che vorrebbe intrapreso incondizionatamente, quando la pregnante venga in presenza del medico a soccombere, o poco prima, e ove la morte sia constatata. Anzi l'ostetrico di Monaco dice che interverrebbe con qualsiasi strumentario ed anche con un semplice bistorì, purchè dalla morte della madre non fossero scorsi più di 20 minuti. Da 7 madri morte per malattie cerebrali furono salvati parecchi feti; 4 vivi furono estratti da 4 madri tubercolose, pure vivi altri 6 da 7 defunte cardiopazienti, 4 vivi da 8 eclampsiche, 1 da donna cancerosa e 3 infine parimenti vivi, in casi in cui la morte materna era sopravvenuta repentinamente per emorragie da scollamento placentare, da rottura di flebectasie e della aorta. La maggior parte di queste osservazioni riguardano fatti accaduti presso le Cliniche.

taluni che attribuiscono allo Schenck l'idea di aver voluto al parto cesareo sostituire il parto per le vie naturali, volta che la gravida fosse defunta (1); a me non fu dato rintracciare alcun cenno di ciò nella rapida visione delle sue opere. E neppure il caso del Rigaudeaux, già citato (2) vale a togliere ad altri il merito della pratica tutt'affatto italiana; imperciocchè, se quegli chiamato (addì 3 Settembre 1745) per praticare la sezione cesarea su donna morta, quest' atto non intraprese, non fu già perchè dubitasse della morte della madre, della quale stavasi certo, ma perchè, — e di ciò gli va resa debita lode — esplorata la donna trovonne l'orifizio uterino *molto dilatato*, e la borsa delle acque formata, per le quali ragioni credette più opportuno attenersi al partito che invero abbracciava. Ed io credo di non emettere opinione lontana dalla verità, col dire che certamente altri consimili casi debbono essere occorsi, benchè ignorati, pel fatto di non presentare alcun interesse speciale; come forse nell'oblìo sarebbe tramontato il caso di Rigaudeaux, qualora non avesse avuto la ventura di aver salvato il feto, e pur anche la madre che ritenevasi morta. Essendo poi la pubblicazione di questo caso apparsa, come fu detto nella nota a pag. 221, nell'anno 1749, non può ammettersi che Baudelocque esprimesse una idea originale, allorquando nel 1796 (3) voleva si estraesse il feto dalle vie naturali volta che la la bocca uterina fosse sufficientemente dilatata.

Sul finire dello scorso secolo Gian Pietro Frank nel suo « Trattato di polizia medica » voleva che l'ostetrico prima di accingersi al taglio cesareo si fosse accertato essere assolutamente impossibile di avere il feto col forcipe o col rivolgimento, anzi egli caldeggiava persino la separazione della sincondrosi pubica, pur di evitare la gastro-isterotomia (4). La corrente si accentuava su quella china.

Il Duvigneau (5) (1790) estraeva da donna morta un feto per le vie

---

(1) Morisani. *Giornale internaz. delle scienze mediche,* anno 1883. — Thèvenot. « De l'accouchem. artif., ecc. » *Annales de Gyn.,* 1878, T. X, pag. 200 (Bibl. Univers. di Pavia).

(2) Vedi loco cit. a pag. 221.

(3) Baudelocque. « L'art des accouchements. » Paris, 1796, altra edizione del 1795 (in Bibl. dell'Osp. Maggiore.

(4) G. Pietro Frank. « Sistema completo di polizia medica. » T. II, pag. 206, 207 (Bibl. Osped. Maggiore).

(5) Duvigneau. « Observation d'un accouchement par les voies naturelles, exécuté sur une femme morte, au lieu de l'opération césarienne. » *L'esprit des Journaux français et étrangers.* Paris, Juillet 1790, T. VII, pag. 405 (citaz. del Corradi).

generative, l'orificio uterino aveva trovato chiuso, ma *grandemente cedevole*, per cui raccomandava agli ostetrici un simile modo di procedere, a meno che non esistessero condizioni tali da doversi appigliare al taglio cesareo. Ma, come bene si scorge da quest'ultima frase, ben lungi era dalla mente del Duvigneau l'idea di voler sostituire per sistema l'una via all'altra. Così dicasi di Capuron (1) che non fece che abbreviare quanto aveva gia detto Baudelocque; di Gardien (2), di Asdrubali (3), di Siebold (4), di d'Outrepont (5), di Tortosa (6), di Velpeau (7), di Heymann (8), di Duparque (1823) (9), di Trinchinetti (10), di Valota (11), di Pastorello (12), per tacere di molti altri autori, che sono altresì ricordati nella pregevolissima opera del compianto prof. A. Corradi. Il quale fa notare come nel 1771 il bolognese Galli aveva, in grembo a quella Accademia di Scienze, letta una memoria: *De tempore sectionis mulierum quæ gravidæ moriuntur*, nella quale l'ostetrico bolognese combatteva la proposta di altro collega, di cui è taciuto il nome, di operare cioè per le vie genitali, il che dimostra, come dice l'acuto storiografo, « assai per tempo si era tra noi pensato a questo modo di sgravare le morte incinte » (13).

Ciò non pertanto nella pratica, dopo il caso di Rigaudeaux e l'altro di Duvigneau, bisogna arrivare fino al 1802 per trovare un'altra osservazione in cui vedere la proposta attuata. Spetta questa al Trinchinetti (14), il quale narra, come il 25 Novembre di quell'anno fosse chia-

---

(1) CAPURON. « Cours théorique et pratique d'accouchements. » Paris, 1811 (in Bibl. Osp. Magg.).

(2) GARDIEN. « Traité des accouchements. » T. III, pag. 55, Paris, 1823 (in Bibl. Osp. Magg.).

(3) ASDRUBALI. « Trattato di ostetricia. » Roma, 1812, IV, 43. Altra edizione colle note dello Scattigna. Napoli, 1811 (in Bibl. Osp. Magg.).

(4) SIEBOLD ELIA. « Lehrbuch der Prakt. Entbindungskust. » Nürnberg, 1810.

(5) D'OUTREPONT. « Der Kaiserschnitt an Todten. » Tubingen, 1829, pag. 166 (citaz. del Corradi).

(6) TORTOSA. « Istituzioni di medicina forense. » Bologna, 1829, 3.ª ediz., p. 394 (Bibl. Osp. Magg.).

(7) VELPEAU. « Traité complet de l'art des accouchements. » 1835, T. II, pag. 454 (Bibl. Braidense).

(8) HEYMANN. Loco citato. Vedi la nota 5 a pag. 223.

(9) DUPARQUE. « Sur l'accouchement par dilatation forcé du col de l'utérus » (in Bibl. del R. Istituto Lombardo di Scienze e lettere).

(10) TRINCHINETTI. Loco citato.

(11) VALOTA. « La levatrice moderna. » 1791, pag. 156. Milano, 1804, pag. 169 (Bibl. Braid.).

(12) PASTORELLO. « Trattato di ostetricia. » Pavia, 1854, T. I, pag. 469 (Bibl. Osp. Magg.).

(13) Quella memoria, rimasta per lungo tempo inedita venne poi fatta conoscere dal Medici nel 1859. Vedi « Memorie dell'Accad. di Bologna. » 1859, VIII, p. 441 (Bibl. R. Istit. Lomb. di scienze e lettere).

(14) TRINCHINETTI. Loco citato.

mato presso una donna in travaglio di parto e che perdeva copiosissimo sangue dai genitali. Quando vi giunse, sono le sue stesse parole, « essa era già nell'agonia, i polsi non battevano, la faccia scolorata, profilata, cadaverica, gli occhi semichiusi, immobili, aveva perduta la favella ed anche l'udito, ed appena scorgevasi un indizio della morte non completa in qualche profonda respirazione, » e parevagli quindi giunto il momento di dover passare al taglio cesareo (non dice se la gravidanza fosse a termine ed il feto vivo), ma « pensando che tutto il male poteva procedere dall'essere la placenta unita alla bocca dell'utero » come infatti lo era, passò subito ad esplorare la paziente ed avendo trovato « *l'utero aperto* e la placenta già tutta staccata » e sembrandogli possibile avere il feto dalle vie genitali, ruppe le membrane ed estrasse il bambino in pochi istanti senza notabili difficoltà, essendosi sempre conservato l'utero in uno stato di perfetta quiete.

Se non che valga anche per questo caso ciò che dissi a proposito degli antecedenti (1).

È d'uopo arrivare all'anno 1834 per imbatterci nell'ostetrico, il quale per primo abbia concepito ed attuato il disegno di estrarre dalle vie naturali il feto, ovviando al taglio cesareo, anche quando queste non fossero del tutto al passaggio del feto predisposte. Fu questi il bolognese prof. Rizzoli, il quale, al dire del Corradi, sembra siavi stato spinto perchè « commosso dalla ingiusta accusa ch'egli avesse sparato il ventre di donna non ancor morta » (2). Il primo caso operato dal Rizzoli non fu fatto argomento così tosto di alcuna pubblicazione per mezzo delle stampe, ma ciò non di meno l'illustre ostetrico di Bologna si fece ad insegnare quel metodo dalla cattedra, e i suoi discepoli che adottandolo avevano potuto convincersi della sua efficacia, specialmente per quanto riguardava l'esito dei bambini, si diedero poscia a divulgarlo, ma, lo ripeto, assai più tardi, ed in peculiar modo fu il Verardini che si prese tal cura.

La prima pubblicazione del Verardini apparve nel 1859 sul *Bollettino delle Scienze mediche* (1) col titolo: « Alcune parole intorno ad un

---

(1) Lo stesso può ripetersi riguardo al caso di Duparque (loco citato).

(2) Veramente intorno a quanto scrisse su ciò lo stesso Rizzoli, non apparirebbe essere egli stato spinto dalla accennata accusa, ma bensì da altri valutabilissimi pensamenti. Vedi RIZZOLI : « Collezione delle memorie chir. ed ost., » vol. II, pag, 549 e 550, Bologna, 1869 (in Bibl. Osp. Magg.).

(3) VERARDINI. *Bollett. delle Scienze mediche*, anno 1859, Serie IV, vol. 11, p. 226 (Bibl. Osp. Magg.).

nuovo metodo posto in pratica dal prof. cav. Francesco Rizzoli per estrarre dall'utero il feto nelle donne morte incinte. » Molti di coloro i quali in prosieguo si occuparono di tale argomento, forse fraintendendo una frase della accennata memoria del Verardini, ripeterono avere il Rizzoli eseguito per la prima volta tale metodo nel 1834 *in donna morta per rottura di un aneurisma* (1). Ciò non è conforme alla verità. Eseguì il Rizzoli la sua prima operazione al principiare dell'anno 1833 in donna morta improvvisamente nell'Ospedale Provinciale, per essersi aggravata la tubercolosi polmonare onde era affetta, e ciò appare da una sua pubblicazione, che vide la luce solo nel 1869 (2). Quella donna invece morta per aneurisma, fu dal Rizzoli operata di taglio cesareo nel 1833 come chiaramente è manifesto dai seguenti brani del Verardini, il quale, pur facendo risalire al 1834 la idea del parto forzato, non pubblicò mai, o almeno che io mi sappia, nè in *extenso* nè sommariamente la prima e vera operazione dal maestro eseguita. Ecco le parole del Verardini, contenute nella sua prima pubblicazione, che diedero origine all'equivoco. « Torna utile, egli dice, ch'io venga esponendo la ragione precipua che mosse il nostro clinico chirurgo Rizzoli a trovar modo di levare il feto entro alla matrice, in donne morte, risparmiando il taglio cesareo. Il quale (sottinteso, *taglio cesareo*) avendo egli operato per la prima ed unica volta nell'anno 1834 in una donna da poco morta in seguito a rottura di un aneurisma dell'aorta ventrale (come da necroscopia eseguitasi dal Fisco presente l'egregio dott. Rivani in Castenaso), ed essendo in istato di gravidanza inoltrata, provò tale un ribrezzo riflettendo alla possibilità che per entro a quelle tepide membra pur pure si sarebbe potuto nascondere una assopita aura vitale, che, posto l'ingegno a tortura accolse il partito che sono per narrare... » E più avanti sempre nella medesima pubblicazione espone un caso di parto forzato che egli ebbe ad osservare fino dall'anno 1852 il giorno 10 Agosto « che fu l'ultimo per la signora Vicini in Diana, la quale improvvisamente mancò, lasciando un generale e ben meritato compianto... Era d'essa in sul finire della gravidanza, sicchè, appena fuor di vita, non si tardò a cercare del Rizzoli, affinchè dalle viscere ne avesse estratto il feto. »

---

(1) Così il Tibone nel suo lavoro sul parto forzato, il Moretti ed altri.

(2) Rizzoli. Loco citato. Il racconto di questo primo caso appartenente al Rizzoli è riportato anche dal Thèvenot per intero e testualmente secondo la traduzione che fece l'Andreini dell'opera del Rizzoli. — Vedi Thèvenot, p. 342.

Questi arrivato, e disposta la donna sulla sponda del letto come si trattasse di fare una versione podalica, lubrificata con olio la mano destra, introdussela secondo le regole di Celso, e stando alle parole del Verardini estrasse con somma facilità la creaturina, morta al pari della madre. E, prosegue il testimonio oculare, « ecco il metodo seguito dal Rizzoli sempre nelle frequenti circostanze che gli si presentarono *di poi*, sia all'Ospedale del Ricovero, alloraquando n'avea la direzione, sia al tempo dell'asiatico flagello nei nostri Lazzaretti, sia finalmente insegnandolo ai giovani studenti.... »

In questa prima pubblicazione del Verardini adunque, non troviamo alcun accenno ad operazione di parto forzato eseguito nel 1834, e tanto meno poi su donna morta per rottura di aneurisma dell'aorta addominale, la quale invece fu sottoposta alla sezione cesarea.

Nell'anno susseguente in grembo all'Accademia medico-chirurgica di Torino, e precisamente nell'adunanza del giorno 3 di Agosto, il cav. prof. Scipione Giordano (1) in una relazione critica del metodo Rizzoli, non esitava a dichiarare questo destituito del pregio di novità, e del resto doversi ritenere la gastro-isterotomia come la massima generale. Rispondeva alle obbiezioni il Verardini con un altro scritto (2) quando ancora il Giordano, con una prolusione al Corso di Ostetricia 1862-63 (3) diede nuovo argomento al Verardini (4) di difendere il metodo Rizzoli con quella passione, che, come giustamente osservano l'Esterle (5) ed

---

(1) S. GIORDANO. *Giornale della R. Accademia di medicina di Torino,* anno XIV, vol. XXXIX, pagina 234 (Bibl. Osp. Magg.).

(2) VERARDINI. « Risposta alle osservazioni fatte dal ch. sig. prof. Giordano intorno ad un nuovo metodo posto in pratica dal prof. cav. Rizzoli per estrarre dall'utero il feto nelle donne morte incinte. » Vedi *Bollettino delle Scienze mediche,* anno 1860, serie 4.ª, vol. 14, a pag. 378 (Bibl. Osp. Magg.). — Vedi anche la Memoria letta nella Sessione 21 Nov. 1861 all'Accademia dell'Istituto delle Scienze di Bologna: « Del parto forzato, o meglio del parto provocato ed artificiale istantaneo in sostituzione del taglio cesareo nelle morte incinte o presunte tali » pubblicata negli atti di quella Accademia e poscia nel 1868 con note ed aggiunte negli *Annali Univ. di Med.*, vol. CCIV, pag. 114 (Bibl. Osp. Magg.).

(3) GIORDANO. « Cesari ed Agrippi nel caso di morte della gestante. » Torino, 1862, Tip. Favale (Bibl. R. Scuola di Ostetricia in Milano).

(4) Lettera del dott. FERDINANDO VERARDINI di Bologna al Chiar. prof. Scipione Giordano di Torino « Intorno alla convenienza di sostituire il parto forzato al taglio cesareo nelle morte incinte. » *Bollettino delle Scienze mediche,* Bologna, anno 1863, serie 4.ª, vol. 19 (Bibl. Osp. Magg.).

(5) ESTERLE. « Rendiconto clinico dell'Istituto di Maternità alle Laste di Trento pel biennio scolastico 1857-58, 1858-59. » *Annali Universali di Medicina,* vol. CLXXV, pag. 431 e segg. Milano, 1861 (in Bibl. Osp. Magg.).

il Moretti *solo può dare il convincimento* (1). Io ora non seguirò i due illustri ostetrici nelle loro nobili dispute, le quali furono raro esempio di finale accordo fra sostenitori di opposte opinioni; il mio scopo invece si è quello di mostrare come a proposito della priorità del metodo, più diffusamente di quello che non avesse fatto nelle suaccennate pubblicazioni, ragionasse in prosieguo il Verardini. Ecco ancora le sue parole:

« Dissi (2) come sino dall'anno 1834 avesse il Rizzoli dovuto operare col taglio cesareo una donna morta incinta in seguito a rottura di un aneurisma della aorta ventrale, ed alla presenza del dott. Vincenzo Rivani di Castenaso. Ora aggiungo che, avendo il dott. Rivani medesimo rettificato quel fatto con maggiore esattezza, verificò che nei registri mortuari della Parrocchia di Castenaso fu precisamente il giorno 3 Ottobre 1833 eseguita quella operazione cesarea dal Rizzoli, sul cadavere di certa Chiara figlia del fu Domenico Molina e di Angela Masini moglie del sig. Giovanni Capelli; di ciò e abbiamo regolare attestazione firmata dal molto reverendo sig. Arciprete Martino Amadori, ecc.... Da quell'epoca si deve esattamente adunque formare il punto di partenza del momento in cui il Rizzoli, preso da ribrezzo al pensiero che in quella donna su cui operava col taglio cesareo la estrazione del feto racchiuso nelle di lei ancor calde viscere, vi era la possibilità che non fosse affatto spenta la vita, stabilì perciò da quel momento di liberare mercè il parto forzato, e salvo circostanze di pelvi viziate, o di qualche raro e fortuito accidente, le donne morte gravide, e ciò eseguire tanto in soprapparto, come innanzi di questo stato. »

Ecco adunque, che ancora il Verardini ci avverte che fu dopo quel taglio cesareo del 1833 (e non del 1834), che il Rizzoli concepì il suo disegno, ma nulla di positivo espone circa la vera e prima operazione, nè altro aggiunge alle cose già dette a proposito del caso di cui fu testimonio nell'anno 1852. E neppure nella estesa sua comunicazione all'Accademia dell'Istituto delle Scienze di Bologna, tenuta nel 1861 che venne poscia nel 1868 ripubblicata con note ed aggiunte (3), benchè

---

(1) Moretti. *Annali Univ. di Medicina,* anno 1887 (in Bibl. Osp. Magg.).

(2) Verardini. *Bollettino delle Scienze mediche* di Bologna, anno 1863, serie IV, vol. 19, pag. 229, (in Bibl. Osp. Magg.).

(3) Vedi la nota 2 a pag. 234.

a carte 155 sia detto in una nota che l'operazione del parto forzato « il Rizzoli la eseguiva fino dall'anno 1834, » pur non di meno non è accennata l'osservazioue, a differenza di tutte le altre eseguite di poi, tutte più o meno in modo particolare ricordate.

Nè ciò si capisce, poichè se a perfetta conoscenza dell'amoroso discepolo fosse stato il primo caso del maestro (1), ed anteriore a quello ricordato della signora Vicini (1852), indubbiamente si sarebbe fatto premura a ciò non fosse oltrepassato in silenzio, e facile gli sarebbe tornato tal compito mentre ancora viveva il Rizzoli (2), ed opportuno mentre fra gli ostetrici d'Italia e di Francia ferveva più vivo il dibattito sull'argomento (3).

(Continua).

---

(1) Questo fu solo dal Rizzoli pubblicato nel 1869 (vedi nota 2 a pag. 233). Il Thèvenot lamenta la estrema concisione della narrazione, la quale è di danno tanto all'analisi quanto alla critica del caso.

(2) Il prof. Rizzoli morì addì 24 Maggio dell'anno 1880. Vedi il necrologio nel *Bullett. delle Scienze Mediche* di Bologna, anno 1880, serie VI, vol. 5.°, pag. 377.

(3) Vedi a proposito le interessanti pubblicazioni uscite in quei tempi. « Du devoir de pratiquer l'opération césarienne après la mort de la mère » par M. De Kergaradec in *Bull. de l'Acad. Impériale de Méd.*, Paris, 1860-61, T. XXVI, pag. 225. — « Quéstion de résponsabilité médicale relative à l'hystérotomie post-mortem » par M. F. Hatin. — Depaul. « De l'opération césarienne après la mort de la mère » (in Bibl. del R. Istituto Lombardo di scienze, lettere ed arti).

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELL'UNIVERSITÀ DI PAVIA
diretto dal Prof. L. Mangiagalli

Di un parto distocico per stenosi cicatriziale della bocca uterina

DEL
Dott. INNOCENTE CLIVIO
AIUTO E LIBERO DOCENTE.

C. Maria, d'anni 35, di Mirabello, maritata, casalinga, entra in Clinica ostetrico-ginecologica il 25 Aprile 1894, N. 1610 di cedolino. Nulla di notevole nel gentilizio: fu mestruata ad 11 anni senza disturbi di rilievo, e le susseguenti mestruazioni della durata di 5 a 6 giorni, presentarono modiche perdite di sangue e furono sempre regolari per la loro comparsa.

Passata a marito ebbe sette gravidanze condotte regolarmente a termine, i parti ed i puerperi furono fisiologici: allattò sette volte, e ciascun allattamento durò da 12-14 mesi. L'ultimo parto avvenne il 23 Maggio 1893. La paziente che non ebbe mai a soffrire malattie di sorta, nè disturbi dell'apparato genitale, tre mesi prima dell'ingresso in Clinica, un mattino, avvertì di aver perduto durante la notte una piccola quantità di sangue. Questo fatto si ripetè dopo otto giorni e ad esso si aggiunse un senso di peso e di dolentatura alla regione lombare. Le perdite sanguigne andarono sempre ripetendosi, specialmente quando per le sue occupazioni la donna era costretta a fare qualche sforzo, come pure ciò sempre avveniva nelle defecazioni. A domicilio le venne somministrata dell'ergotina ma senza effetto, per cui si risolse di ricorrere alla Clinica.

Donna di costituzione scheletrica normale, aspetto generale buono, colorito bruno, cute ricca di pannicolo adiposo, sensi normali, nulla al capo, al collo leggera ipertrofia della tiroide; alla percussione e all'ascoltazione risonanza polmonare e murmure vescicolare normali; aia cardiaca nei limiti, toni puri e regolari. All'addome fegato e milza nei limiti, negativa la palpazione dell'ambito addominale.

Genitali esterni con caratteri di pluriparità, forchetta integra, negativo l'esame dell'uretra; all'esplorazione vagina ampia, collo uterino all'indietro verso il fornice posteriore; il labbro posteriore presenta

una erosione con perdita di sostanza in rapporto all'orificio esterno e che si spinge fino a metà della *portio vaginalis,* essa è facilmente sanguinante; il labbro anteriore è regolare: il corpo dell'utero è situato sulla linea mediana in avanti in antiversione fisiologica, mobile, indolente, di volume normale: nulla di notevole presentano gli annessi nè pel volume nè per l'ubicazione nè per la dolorabilità.

All'esame collo *speculum* si vede il collo dell'utero di volume normale di cui il labbro anteriore è perfettamente sano, il posteriore presenta una erosione che si spinge esternamente per un centimetro circa: essa è sanguinante, di aspetto speciale che fa clinicamente dubitare che si tratti di una forma carcinomatosa iniziale. Si esportò un pezzetto di tessuto cervicale in rapporto all'erosione per l'esame istologico che raffermi od escluda il dubbio clinico. Con esso si acquista la certezza che si trattava di una forma maligna incipiente, per cui si propone e viene accettato l'atto operativo. Questo viene eseguito il 14 Maggio, praticandosi invece dell'isterectomia vaginale l'amputazione alta del collo coll'ansa galvanica, per considerazioni che vedremo più avanti: non vennero staccati i fornici dalla loro inserzione sul collo, ma tirato questo fortemente in basso con delle pinze uncinate, e circondatolo coll'ansa di platino, viene da questa resa incandescente, amputato a livello dell'orificio uterino interno. Nella sezione del collo venne aperto lo spazio del Douglas essendosi esportata buona parte del fornice posteriore e circa un centimetro quadrato di peritoneo: si zaffò la cavità vaginale e si lasciò la donna in riposo. Il decorso post operatorio nulla lasciò a desiderare; il *maximum* di temperatura raggiunto fu il 37.5 per la durata di tre ore nel giorno dopo l'operazione. Il 17 Giugno la donna esce dalla Clinica guarita, e perfettamente cicatrizzato il fondo della vagina, che si presenta come una volta mucosa con un piccolo orificio centrale.

Ad avvalorare l'esito dell'atto operativo, si erano fatte nel Giugno a giorni alterni delle medicazioni sulla superficie di cicatrizzazione con della polvere di acido tannico puro: queste medicazioni vennero continuate dopo l'uscita della paziente dalla Clinica seguendosi la cura all'ambulatorio, e ciò fin verso la metà di Luglio, poi cessò di presentarsi alla Clinica.

Dopo l'atto operativo fu mestruata regolarmente due volte, l'una in Giugno negli ultimi giorni di sua degenza all' Ospedale, l' altra a casa all'8 Luglio: la quantità del sangue e la durata del periodo mestruo fu pari a quella dell' epoca nella quale la donna godeva buona salute. Essa rimase allora gravida e per due mesi ebbe disturbi gastrici, dispepsia, ecc., ma poi passati questi lievi fenomeni simpatici godè buona salute, tanto che essa non si era mai trovata così bene.

Verso il 20 Dicembre 1894 percepì i primi moti attivi. Il parto,

secondo l'epoca segnata dal calendario, avrebbe dovuto avvenire al 14 Aprile 1895. Nella notte dal 21 al 22 Febbraio, senza precedenti dolori od altra causa apprezzabile dalla donna, si ruppero spontaneamente le membrane e scolò liquido amniotico normale; le contrazioni uterine non furono avvertite nè il 22 nè il 23, solo comparvero nella notte dal 23 al 24 e durarono intense, avvicinate e dolorose per tutto il giorno 24, finchè la partoriente venne inviata alla Clinica.

Al suo ingresso (ore 17) praticatosi l'esame della paziente dal dottor Resinelli, che ebbe poi ad assisterla nelle successive vicende, si rileva che le condizioni sono buone, la temperatura leggermente febbrile, 37. 9 e più tardi 38. 2, il polso frequente 128, nulla di anormale agli organi toracici e addominali. Alla palpazione si sente l'utero di forma allungata nel senso verticale, il cui fondo arriva alla prima zona sopra ombellicale, le piccole parti in alto e a destra, la testa in basso all'ingresso del bacino alquanto mobile: all'ascoltazione il battito cardiaco fetale molto frequente si percepisce nel quadrante inferiore dell'utero di medio spessore, nessuna traccia del collo: in luogo dell'orificio uterino, si sente come un tumoretto molliccio un po' allungato in vagina e che si riconosce formato dal cuoio capelluto del feto, infiltrato e sporgente a guisa di polipo attraverso alla bocca uterina che lo rinserra alla base con un cingolo duro e fibroso assai dolente alla esplorazione: premendo su questo tumoretto esso si riduce e rientra nella cavità uterina; in questo modo si provoca scolo di liquido amniotico tinto in verdiccio, e il dito esploratore può penetrare soltanto colla punta nell'orificio uterino. Alle ore 22 il battito cardiaco fetale va affievolendosi e poi scompare: si esplora la donna e attraverso all'orificio uterino a mala pena può penetrare il dito che viene serrato in un cingolo durissimo e dolentissimo. Si sbriglia l'orificio uterino con piccole incisioni fatte colle forbici cubitate. Alle ore 24 la dilatazione è giunta a circa 3 cm., allora si applica il dilatatore metallico del Tarnier e lo si lascia in posto per un'ora, quindi vien tolto accusando la donna leggeri premiti: la dilatazione è progredita di 1[2 a 1 cm. Le contrazioni uterine affievolendosi si applica di nuovo alle ore due il dilatatore, e per la sua azione ricompaiono i dolori e si ottiene così verso le tre una dilatazione di circa 4 cm. 1[2. Si fa un nuovo sbrigliamento dell'orificio uterino con piccole incisioni multiple fino ad ottenere una dilatazione di 5 cm. Queste incisioni fanno sentire che il tessuto è durissimo, quasi tendineo, e stride altamente sotto la forbice: le incisioni provocano vivissimo dolore. Si procede quindi alla craniotomia e si estrae poi il feto col cranioclaste. Subito dopo si ebbe il secondamento spontaneo e completo. Peso del feto a cavità cranica vuota gr. 1980, lunghezza 43 cm.

Il puerperio fu normale, si raggiunse la temperatura di 38° una

volta sola alla sera della 2.ª giornata. La donna, esplorata all'uscire dalla Clinica, presentava la bocca uterina chiusa senza traccia di collo, nè di neoformazione maligna.

***

Varie sono le considerazioni che sorgono nella mente in rapporto a questa storia clinica, e la prima di tutte è la scelta dell'atto operativo per combattere la neoformazione maligna. Trattavasi di un epitelioma che originatosi nel canal cervicale in vicinanza all'orificio uterino esterno, si era esteso in alto verso l'orificio interno senza raggiungerlo, e all'esterno aveva eroso in parte il labbro posteriore rimanendo ad una certa distanza dal fornice: come i preparati microscopici dimostrarono, si trattava di un epitelioma con elementi a rigoglioso sviluppo, come lo dimostravano le numerose figure cariocinetiche. L'atto operativo che primo si presentava alla mente era l'isterectomia vaginale, ma il professor Cuzzi mi consigliava ad intraprendere l'amputazione alta del collo uterino coll'ansa galvanica, e ciò per considerazioni che non credo inutile qui riferire. Nella Clinica di Pavia il materiale ginecologico piuttosto abbondante non ha presentato però che un numero limitato di carcinomi che fossero operabili radicalmente, e quindi le isterectomie e le amputazioni alte del collo eseguite dal prof. Cuzzi o sotto la sua direzione, non furono tali per numero da poter essere paragonate alle serie di altri operatori italiani o stranieri: ma questo materiale ha presentato, per gli esiti remoti, una fisionomia speciale, e cioè la maggior parte delle isterectomie vaginali, anche in casi di lesioni limitate della portio, diedero in un tempo più o meno breve la recidiva; delle amputazioni alte operate coll'ansa galvanica, quando si superò il limite di invasione della neoformazione, per la maggior parte sono ancora immuni da recidiva; una di esse rimonta a sette anni fa, altre a cinque, quattro, tre e due anni: l'ultima in tal modo operata è quella di cui riferii la storia clinica. La spiegazione di ciò il prof. Cuzzi la trovava nel fatto che procedendo come dissi, venivano generosamente esportate nel senso trasversale porzioni delle pareti vaginali e del connettivo pericervicale; inoltre usando l'ansa galvanica viene tolto ogni pericolo di innesto del carcinoma sulla parte sana nei maneggi operativi. Ad avvalorare la diffidenza del prof. Cuzzi verso l'isterectomia vaginale, si aggiungeva in quei giorni anche il parere espresso dal prof. Durante sugli esiti lontani

delle isterectomie vaginali per cancro (*Policlinico*, 15 Marzo 1894): per queste varie cause non è difficile comprendere come all'ultimo dovesse prevalere il consiglio dato.

Abbiamo visto poi come dopo l'atto operativo, nel periodo di cicatrizzazione della ferita, dopo il distacco dell'escara, si sieno praticate delle medicazioni locali con tamponi di cotone spolverati generosamente di polvere di tannino. Questa medicazione, diciamo così complementare, veniva fatta in vista degli esiti relativamente buoni che aveva dato in Clinica nel trattamento palliativo dei carcinomi inoperabili: in questi casi, praticato il raschiamento e la cauterizzazione col galvano-cauterio, si continuava la cura, dopo il distacco delle escare, dapprima coll'applicazione di tamponi con jodoformio e tannino, poi di tannino puro: ciò veniva fatto per un tempo piuttosto lungo, continuandosi la cura all'ambulatorio dopo l'uscita della paziente dalla Clinica. I casi così trattati furono molti, ed in un buon numero di essi si ebbe un ritardo notevole nel progredire del processo morboso. Nel caso descritto si praticarono le medicazioni al tannino e si cercò di insistere in esse anche perchè dall'esame microscopico del collo esportato si vide che la superficie di sezione era caduta su tessuto sano, ma a qualche millimetro appena dalle ultime isole di cellule cancerigne, per cui un certo dubbio non poteva a meno di rimanere sull'esito dell'atto operativo per rispetto alla recidiva. La donna rimase poi gravida, e la gravidanza decorse normalmente fino al settimo mese, quando a quell'epoca, senza causa alcuna apprezzabile, venne in scena la rottura delle membrane e il travaglio del parto. È questo un fatto accidentale oppure ha rapporto coll'atto operativo? Io inclinerei ad ammettere una influenza diretta dell'eseguita amputazione del collo sul decorso della gravidanza, ma nel mio caso non crederei opportuno di accettare la opinione di Brennecke (1), che vorrebbe che l'amputazione del collo uterino, spinta fino in rapporto all'orificio uterino interno, possa dare l'aborto analogamente alle lacerazioni del canale cervicale come vuole l'Olshausen (2) e come l'appoggerebbe il caso dello Schwarz (3) per

---

(1) Brennecke. « Uober die vaginale Totalextirpation des Uterus. » *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XII, pag. 56.

(2) Olshausen. *Berliner klin. Wochenschrift*, 1871, N. 1, *Beiträge zur Geb. und Gyn.*, 1884, pag. 187.

(3) Schwartz. « Zur Behandlung der Fehlgeburten. » *Volkmann's Sammlung*, N. 241, 1884.

l'insufficiente sostegno dell'uovo durante il suo sviluppo, in rapporto all'orificio uterino interno. Nel caso da me esposto mi pare più giusto ritenere che l'interruzione della gravidanza sia avvenuta per la mancata possibilità di espandersi del tessuto formante in parte il segmento inferiore dell'utero. La cauterizzazione dovuta all'ansa galvanica, e l'azione prolungata dell'acido tannico sul tessuto di cicatrizzazione, lo resero così duro ed inestensibile, che l'azione rammollente della gravidanza non produsse alcun effetto su di esso, e quando dopo il settimo mese l'aumento della cavità uterina deve essere data in parte dallo espandersi del segmento inferiore, questo, opponendo una resistenza molto superiore alla norma per la natura del tessuto di cui era composto, deve aver prodotto un aumento di pressione entro la cavità uterina e quindi la rottura delle membrane spontaneamente durante il corso della gravidanza, e senza che nessuna altra causa facesse prima iniziare il travaglio. Questa interpretazione non viene ad urtare contro i casi clinici riportati dal Winter (1) di parti normali e giunti al termine dopo l'amputazione sopravaginale alla Schröder, perchè in questi casi l'atto operativo venne quasi sempre eseguito col bistorì e successiva sutura, e non si applicarono mai a lungo sostanze che potevano avere un'azione indurante sul tessuto di cicatrice, infine non sempre poi l'amputazione del collo fu completa: per queste varie cause il segmento inferiore potè rimanere di struttura normale e spesso residuare un pochino di collo, così da togliere quei coefficenti del parto prematuro verificatisi nel caso da me descritto. Il tempo stesso che è interceduto fra la rottura delle membrane e susseguente scolo in parte del liquido amniotico e l'iniziarsi del travaglio, mi pare che venga in appoggio della mia interpretazione, secondo la quale le contrazioni insorsero per la rottura delle membrane, rimanendo questa l'unica causa della interruzione della gravidanza.

Esaminiamo ora le difficoltà riscontratesi durante il parto e come poterono essere vinte. La distocia noi la troviamo alla bocca uterina, la quale essendo formata da tessuto di cicatrice duro e resistente, non si lasciava dilatare dalle contrazioni uterine: un giorno completo di dolori piuttosto forti non aveva molto influito sulla dilatazione, e l'ori-

---

(1) WINTER. « Ueber die Schröder'sche supravaginale Amputation bei Portiocarcinom. » *Zeit. f. Geb. und Gyn.*, Bd. XXII, pag. 196.

ficio si presentava ancora molto ristretto al momento dell'ingresso in Clinica della paziente.

Era indicato un pronto intervento operativo? A mio parere no, perchè il racconto della donna non poteva certamente servire di base assoluta per la decisione di un grave intervento operatorio; non si poteva cioè presumere con sicurezza che la dilatazione non sarebbe progredita tanto da permettere l'espulsione del feto prematuro, o che non sarebbero bastati dei sussidi terapeutici relativamente poco gravi per giungere alla liberazione della paziente. Era indicata quindi pel momento una vigile aspettativa, per potersi rendere un concetto chiaro delle condizioni della bocca uterina e del suo modo di comportarsi col progredire del travaglio, per scegliere poi quella via per l'intervento che le circostanze avrebbero indicato la migliore. Queste non potevano essere che due: il taglio cesareo o la liberazione per le vie naturali facilitando la dilatazione per mezzo dei dilatatori e delle incisioni multiple. Questa seconda via che si presenta per la prima alla mente come la più indicata e la più facile, nel nostro caso non era scevra di pericoli per la madre e di difficoltà per l'ostetrico: se il cingolo cicatriziale non si lasciava dilatare che in piccola parte, l'espulsione o l'estrazione del feto sarebbe avvenuta a prezzo di una lacerazione del tessuto uterino, che poteva riuscire fatale perchè essa veniva direttamente a interessare il segmento inferiore dell'utero. Ciò accadde anche senza l'amputazione alta del collo pei soli restringimenti cicatriziali del collo, e in tali casi il pericolo per la madre fu notevole, come noi possiamo rilevarlo anche da una memoria recentemente pubblicata dal dott. Taurin (1). Su sei casi clinici riportati dall'A., dei quali due appartengono alla Maternità di Parigi (sezione del dott. Guéniot), due alla Clinica di Baudelocque diretta dal prof. Pinard, e gli altri due sono tolti dalla letteratura (Thèse de Tissier, Paris, 1860, e Hillsmann, *Southern Med. Rec.*, Agosto 1893) si ebbero due guarigioni e quattro morti della madre: ciò avvenne ad ostetrici valenti e in un'epoca, tranne per un caso, in cui non si può certo ritenere causa della morte la mancanza di cautele antisettiche; infatti tre esiti infausti si ebbero per lacerazione del tessuto uterino.

---

(1) V. A. Taurin. « Du retrécissement cicatriciel du col de l'utérus au point de vue de l'accouchement. » Paris, 1895.

Se poi la dilatazione uterina avesse presentato delle difficoltà, per riguardo alla vita del feto, si doveva pensare al taglio cesareo, e nel nostro caso non vi poteva essere dubbio fra il demolitore ed il conservatore. In questo caso l'indicazione dell'esportazione totale dell'organo non era data dall'ulteriore impedito deflusso dei lochi, perchè un certo grado di dilatazione della bocca uterina si poteva ottenere tanto da bastare a questa funzione, e perciò si sarebbe potuto ricorrere tanto all'operazione Porro che alla Sänger, come fecero altri operatori in casi di stenosi e atresia del canale cervico-vaginale (1); ma il taglio cesareo demolitore o meglio l'esportazione totale dell'utero presentavasi quivi come il più conveniente e direi quasi si imponeva, perchè con questo atto operativo si allontanava dal corpo della madre un organo, le cui condizioni di sanità non dovevano lasciarci completamente tranquilli, e che poteva poi in progresso di tempo divenire punto di partenza di una recidiva, facilitata questa dalla gravidanza e dal puerperio. Queste considerazioni cliniche avrebbero dovuto far propendere per tale intervento; ma, come abbiamo visto dalla storia suesposta, il battito cardiaco fetale da molto frequente al momento dell'ingresso della paziente in Clinica, andò mano mano affievolendosi per scomparire poi; il liquido amniotico in parte da tre giorni scolato da normale al principio del travaglio si presentava tinto di meconio all'ingresso della paziente in Clinica; infine la lunga durata del travaglio, la prematuranza del feto rendevano molto dubbia l'esistenza del prodotto del concepimento, e perciò non si poteva a meno di restar titubanti nel procedere prontamente al taglio cesareo.

Accentuatesi in modo spiccato le sofferenze fetali, e quindi venuto a soccombere il feto, cadevano in gran parte le indicazioni al taglio cesareo ed era certamente da preferirsi la liberazione della donna per le vie naturali. Ma giunte le cose a questo punto non si doveva certo attendere molto tempo prima di effettuare la liberazione della donna, poichè la morte del feto e le membrane rotte non potevano a meno, dopo qualche ora, di far venire in scena altre complicazioni gravi per

---

(1) CARUSO. « Operazioni complementari al taglio cesareo. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1894, fasc. 2 e 7 — e più dettagliatamente: W. RUELE. « Conservativer Kaiserschnitt und dreieinhalb Jahre später Operation nach Porro bei derselben Frau wegen Atresia vaginalis. » Festschrift zur Feier des fünfzigjährigen Jubiläums des Vereins der Aerzte des regierungsbezirks Düssoldorf. Wiesbaden, 1894.

sè, gravissime per le condizioni speciali in cui doveva essere effettuato il parto. Conveniva perciò pensare ad ottenere un certo grado di dilatazione, che permettesse l'estrazione del feto in un tempo relativamente breve, e ciò non lo si poteva avere che cercando di accelerare la dilatazione della bocca uterina, coi mezzi artificiale suggeriti dall'arte.

Non era certo questo il caso di pensare alla dilatazione digitale, come pure si comprende facilmente che i vari dilatatori di gomma (sacchetti del Barnes, *ballon* del Tarnier, del Champetier da Ribes, ecc.) non avrebbero certo raggiunto lo scopo prefisso poichè la loro azione dilatante diretta è scarsa, e non avrebbe potuto esplicarsi sul rigido tessuto di cicatrice di cui era formata la bocca uterina; mentre d'altra parte non sarebbe bastato l'eccitazione della contrazione uterina quali essi di solito producono e per la quale il più delle volte trovano la loro netta e precisa indicazione. I dilatatori metallici nel caso nostro dovevano certamente essere preferiti per la loro azione diretta molto più energica, ma d'altra parte, date le condizioni speciali della bocca uterina era necessario proporzionare il più che era possibile la forza di dilatazione colla resistenza del tessuto di cicatrice ed agire in modo continuato e lento per ovviare al pericolo di lacerazioni che avrebbero subito interessato il segmento inferiore dell'utero; perciò venne preferito il dilatatore metallico del Tarnier che facilmente applicato fu di qualche giovamento, ma non potè dare grandi vantaggi. Fu l'associazione dell'impiego di questo strumento colla dilatazione cruenta ottenuta per mezzo delle incisioni multiple e ripetute che riuscì allo scopo prefisso. Ma questo mezzo doveva essere usato con grande prudenza e le incisioni si dovettero praticare specialmente in rapporto alla parte anteriore, meno posteriormente e si risparmiarono le parti laterali. La ragione di ciò è facile a comprendersi; nel nostro caso le incisioni non venivano fatte in rapporto all'orificio uterino esterno, ma per la pregressa amputazione alta venivano a cadere sull'orificio interno, lateralmente si sentivano le pulsazioni dell'arteria uterina, e quindi era prudente non praticare quivi delle incisioni; posteriormente poi conveniva andare poco profondamente perchè l'ansa galvanica nell'amputare il collo dell'utero aveva aperto lo spazio del Douglas, si aveva quindi in questa località un sottile tessuto di cicatrice e dietro di esso subito il peritoneo. Come abbiamo veduto nessun danno venne alla paziente per le incisioni praticate, il puerperio fu normale, e all'esplorazione,

prima che la donna lasciasse la Clinica, non si potè riscontrare segno di recidiva del carcinoma (1).

***

Senza voler entrare nella questione a lungo dibattuta fra l'isterectomia vaginale e l'amputazione sopravaginale del collo nel carcinoma della portio, vorrei però prendere in esame un lato della questione che mi pare presenti un certo interesse. In vista di una possibile ulteriore gravidanza nel trattamento del carcinoma del collo, conviene dare la preferenza all'amputazione alta o all'isterectomia? Se si dovesse giudicare semplicemente in base al caso clinico da me riferito, per la grave distocia occorsa durante il parto, la bilancia traboccherebbe certo subito in favore dell'isterectomia, ma ciò non sarebbe equo: conviene prima, scorrendo la letteratura, prendere in esame un materiale molto più vasto per poter dare un giudizio imparziale.

Il Winter (2) riferisce il caso di una donna che nel 1885, a 32 anni, veniva operata dallo Schröder per cancroide della portio vaginalis di amputazione alta del labbro posteriore senza apertura dello spazio del Douglas, mentre il labbro anteriore sano veniva amputato con incisione cuneiforme nella sola sua porzione infravaginale. Rimase poi gravida nel Marzo 1889: si presentò alla Policlinica nel Novembre perchè dal Giugno soffriva dolori irraggiantisi dai lombi alla gamba destra. All'esame mancava la porzione vaginale del collo, il canale cervicale era ridotto a un centimetro di lunghezza ed il tessuto era molle. Il parto avvenne in Novembre e decorse facile; l'A. vide la paziente cinque giorni dopo pei dolori persistenti a destra e rilevò quivi una tumefazione circoscritta che diagnosticò per tumore renale (idronefrosi). Rivista la donna più tardi constatò una recidiva nel bacino, più tardi venne a soccombere per peritonite. L'A. deduce da questo caso che l'amputazione sopravaginale permette il concepimento, la gravidanza può decorrere sino al termine senza disturbi di rilievo ed il parto ef-

---

(1) Ripresentatasi parecchie volte per nostro consiglio all'Ambulatorio gratuito della Clinica, la donna fu sempre trovata immune da recidiva; ella dice di sentirsi benissimo; l'ultima volta che venne visitata fu alla fine del Febbraio u. s.

(2) G. Winter. « Ueber die Schröder'sche supravaginale amputation bei Portiocarcinom. » *Zeit. f. Geb. und Gyn.*, Bd. XXII, pag. 196.

fettuarsi normalmente. Dal punto di vista della recidiva cinque anni non la escludono: invece la gravidanza, il parto ed il puerperio la influenzano malamente; così nel caso riportato la recidiva incominciò durante la gravidanza e decorse rapidamente.

Ad avvalorare la sua opinione che l'amputazione alta permette il concepimento, la gravidanza regolare ed il parto facile, il Winter riporta un caso riferitogli dal Veit, di una donna cui era stato dallo Schröder il 29 Dicembre 1885 amputato tutto il collo uterino per carcinoma, la paziente si trovava nel secondo mese della sua ottava gravidanza. Nel Febbraio 1886 al 4.° mese ebbe un parto abortivo gemellare, aveva sofferto però idrorrea e l'esame delle membrane espulse mostravano trattarsi di una endometrite deciduale. Il 27 Aprile 1887 abortiva ancora (al 3.° mese). Assoggettatasi al raschiamento della cavità uterina susseguito da iniezioni di tintura di jodio, resta di nuovo gravida e partorisce a termine e facilmente nel Dicembre 1888. Nel Febbraio 1891 constatava che la donna era ancora immune da recidiva.

Oltre a questi due casi ne abbiamo altri consimili nella letteratura; così il Winter ricorda che il Breisky osservò una gravidanza con parto normale in una donna che aveva subìto l'amputazione sopravaginale per carcinoma. Nelle numerose operate dal Byrne (1) col suo metodo di amputazione del collo per carcinoma col galvano-cauterio ebbe una signora, operata nel 1878, in cui venne esportato tutto il collo uterino, così che all'esplorazione in rapporto alla cupola vaginale si rilevava una depressione: l'operata ebbe poi quattro bambini, e dopo 11 anni era immune da recidiva.

Ma a questi casi con esito favorevole altri se ne possono contrapporre non così fortunati: l'Herff (2) vide una sua operata di amputazione alta per carcinoma dopo sette mesi dall'atto operativo rimaner gravida, e per essa erano trascorsi 12 anni di relativa sterilità; colla gravidanza recidivò il carcinoma; il parto fu distocico per la resistenza che opponeva alla dilatazione l'orificio uterino interno, per cui dovette fare delle incisioni, di cui alcune profonde perchè potesse avvenire l'espulsione del feto. Sottoposta poi la paziente a una cura palliativa moriva

---

(1) *Transaction of the Americ. Gyn. Soc.*, 1889.

(2) O. v. Herff. « Zur Fragen der hohen Collumexcision bei Carcinom und des ferneren Verhaltens des Uterus nach eingetretener Schwangerschaft. » *Centr. f. Gin.*, 1891, N. 50.

quasi due anni dopo: il bambino soccombette otto giorni prima della madre per meningite tubercolare.

Il Mangiagalli (1) il 1.° Dicembre 1888 in una donna affetta da epitelioma ulcerato del collo dell'utero con diffusione alla volta vaginale e al parametrio destro, inoperabile coll'isterectomia, praticò un raschiamento profondo e con esso venne esportato tutto il collo dell'utero; quattro giorni dopo si applicarono dei tamponi imbevuti con soluzione di cloruro di zinco. Il 9 Gennaio 1889 la paziente usciva dall'Ospedale apparentemente guarita: più di due mesi dopo la donna si presentava all'ambulatorio e si rilevava che l'utero era aumentato di volume con segni dubbi di gravidanza che sarebbesi iniziata prima dell'atto operativo. Dall'esplorazione si rilevava che la vagina era chiusa in alto da una specie di volta nel cui segmento posteriore si avvertiva una piccola depressione infundibuliforme circoscritta da tessuto cicatriziale piuttosto stipato. Il 6 Giugno rientrò all'Ospedale perchè in travaglio di parto prematuro, inutili i tentativi per farlo retrocedere, il giorno 13 si pratica il taglio cesareo demolitore cercandosi di esportare quanto più si può di tessuto uterino: durante l'atto operativo non si poterono rilevare traccie di recidiva nè in loco, nè nei tessuti e pleiade ganglionare vicino. Guarita la paziente lasciò l'Ospedale il 12 Agosto per rientrarvi il 28 Gennaio 1890 in condizioni gravi per recidiva del carcinoma nel cellulare pelvico perimetrale a destra, ghiandole e parete posteriore della vescica, con vasti ascessi: venne a soccombere il 22 Febbraio 1890.

Questo caso clinico ricorda in parte quello da me riportato, sia per l'interruzione della gravidanza, quanto per la stenosi cicatriziale che ostacolò il parto per le vie naturali: ciò lo credo dovuto a quella certa analogia che vi ha nelle due cure seguite, nell'applicazione del cloruro di zinco in un caso e del tannino nell'altro sulla larga superficie piagata ottenutasi in una paziente col raschiamento, nell'altra coll'amputazione coll'ansa galvanica: la cicatrice risultante fu estesa, stipata, e venne a colpire anche il segmento inferiore dell'utero.

Ora se noi vogliamo da questi fatti clinici assurgere a conclusioni generali, mi pare che il giudizio possa a ragione essere ritenuto prematuro, essendo troppo scarso il loro numero; perciò mi pare che con-

---

(1) Mangiagalli. « Due casi di taglio cesareo col metodo Porro per rare indicazioni. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1890, pag. 215

venga estendere le nostre osservazioni anche a quei casi di amputazioni intra-vaginale susseguiti da gravidanza, come pure ai casi di donne operate in principio di gravidanza ed in cui il parto avvenne a termine di gravidanza o vicino ad esso. Si potrebbe obbiettare che per questi casi le condizioni del collo e della bocca uterina in rapporto alla gravidanza sono cambiate in confronto della amputazione alta; cioè saranno più favorevoli per rispetto al decorso della gravidanza e del parto, più sfavorevoli in rapporto al recidivare della neoformazione; ma ad ogni modo una grande analogia fra le due serie di casi clinici non la si può negare, e lo stesso Winter nel suo lavoro già citato prende esso pure in considerazioni parecchi di questi casi.

Io non intendo qui di fare una statistica completa di simili casi, credendo utile solo di estendere il campo delle osservazioni per avere una base più sicura per considerazioni d'indole generale; d'altra parte lasciai alcuni casi come quelli del Lisfranc, poichè per essi potrebbe sorgere qualche dubbio circa la diagnosi della forma maligna, e quello di Mundé (*Am. Journ.*, 1887) perchè di esso non si ha la storia del parto e successivo andamento. Venendo agli altri abbiamo:

1. J. Simpson (Descriz. dettagliata, trad. franc., *Union méd.*, 1843, pag. 443 — pei postumi « Clin. lectures on the diseases of women. » Edimburg, 1872). Nel 1839 amputò il collo dell'utero in una paziente affetta da epitelioma a cavolfiore del labbro posteriore. Dopo la guarigione la donna ebbe cinque bambini. La diagnosi venne controllata coll'esame anatomo-patologico.

2. Schuh (C. Braum. « Lehrbuch der Gesammten Gynaekol., 1881). Nel 1858 in Vienna estirpò un carcinoma papillare della portio vaginalis: rimase per due volte gravida, e tutte due le volte partorì a termine, ma il feto venne a soccombere per la durata del travaglio troppo lungo, dovuto alla grande resistenza della cicatrice circolare del collo. Immune da recidiva anche dopo 20 anni.

3. Putegnat (*Journal de méd. de Bruxelles*, 1870). Donna affetta da carcinoma del collo operata coll' écraseur e cauterizzazione col ferro rovente: uscita dall'Ospedale rimane gravida. La gravidanza decorre normale, il parto avviene a termine, rapido, doloroso. Morte della madre subito dopo il secondamento.

4. Tood Walton (*Pacific med. and surg. Journ.*, Décemb. 1872. *Med. Pres. and circul.*, 10 Sept. 1873, citato dal Bar: « Du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement. » Paris, 1886). Gravidanza di

due mesi; cancroide del labbro poster., escisione delle due labbra, arresto dell'emorragia con tampone al percloruro. Gravid. e parto normale.

5. Scharlau (« Beiträge zur Geburtshulfe und Gynaekologie. » Bd. II, 1873). Donna operata di amputazione della portio vaginalis coll'écraseur per cancroide e quindi cauterizzata la superficie della ferita con soluzione di acido cromico; un mese dopo vi ha recidiva localizzata alla ferita; nuova esportazione e cauterizzazione più energica; quattro mesi dopo riscontra un piccolo tumore sul labbro anteriore che esporta e cauterizza. Ciò avveniva dal Gennaio al Giugno 1868; nell'inverno del 1871 la donna abortì; il 21 Gennaio 1872 partorì a termine una bambina robusta, che venne allattata dalla madre.

6. Savory (*Obst. Transact.*, XVII). Trattasi di un tumore a cavolfiore che ha invaso il collo dell'utero; la gravidanza era giunta al 5.° mese; si esporta il collo coll'écraseur. Il parto avviene all'8.° mese; il bambino era morto. Due anni dopo recidiva durante una nuova gravidanza; parto al 7.° mese, versione ed estrazione forzata; morte della madre in 13.ª giornata per aggravamento rapido del carcinoma.

7. Barnes (*Obst. Trans.*, Londra, 1875). Dopo l'amputazione del collo coll'ansa galvanica per carcinoma una paziente rimase due volte gravida, ed era viva dopo 5 anni circa dall'operaz.: il carcinoma recidivò.

8. Benicke (*Zeit. f. Geb. und Gyn.*, Bd. I, 1877). Donna gravida al 5.° mese, tumore carcinomatoso del labbro posteriore a rapido aumento; escisione colle forbici e col cucchiaio; parto a termine naturale facile, puerperio normale. Si osservò però un decorso molto rapido del carcinoma dopo il parto.

9. Schröder (« Lehrbuch. » 5 Anfl.). Donna al 5.° mese di gravidanza; le due labbra del collo uterino sono invase dal carcinoma: si escide il labbro anteriore col bistorì, il posteriore coll'écraseur aprendo lo spazio del Douglas. Parto a termine, bambino morto; morte della donna sei settimane dopo il parto.

10. Galabin (*Obst. Trans.*, London, XVIII, 1879). Tumore epiteliale del collo uterino, utero mobile, nessuna infiltrazione nei tessuti: sezione del collo a livello dei fornici fatta coll'ansa galvanica. Due giorni dopo applicazione sulla superficie di sezione della potassa caustica e poi di una soluzione concentrata di percloruro di ferro. Più tardi la donna si accorse che al tempo della operazione era gravida di circa un mese. Tre mesi dopo l'atto operativo al posto del collo uterino vi era un tessuto di cicatrice. Al 9.° mese la paziente rientrata all'Ospedale è colpita da emorragia: si inizia il travaglio, si rompono le membrane spontaneamente, ma la dilatazione della bocca uterina non progredisce: si riscontra infiltrazione carcinomatosa intorno all'orificio uterino; impiego

della laminaria senza risultato, dei sacchetti che produssero una dilatazione da permettere la versione bipolare: la bocca uterina si rinserra sul collo del feto, che viene estratto con violente trazioni; emorragia considerevole che viene arrestata coll'applicazione sul collo di tamponi con tintura di jodio. Puerperio in principio morboso, ma poi la donna si rimette. Un mese dopo esce dall'Ospedale: utero voluminoso, ulcerazioni profonde in rapporto al collo, pareti vaginali infiltrate.

11. C. Braun (*Lehrbuch der Ges. Gyn.*, 1881, caso IV). Donna operata coll'ansa galvano-cauterio per carcinoma della portio nel 1868: due anni dopo rimane gravida e abortisce al 3.° mese.

12. C. Braun (caso XIII). Operata nel 1875 di carcinoma della portio coll'ansa galvanica. Rimane gravida due volte, e abortisce entrambe le volte al 4.° mese.

13. Braun (Welponer. *Wiener med. Presse*, N. 22-24, 1880). Donna operata di amputazione del collo dell'utero carcinomatoso coll'ansa galvanica (Dicembre 1876). Nel 1878 la paziente rimase gravida: nella 34.ª e 35.ª settimana si cerca di dilatare col tupelo il canale cervicale stenosato: si ottiene un centimetro di dilatazione: si rompono le membrane, insorge il travaglio energico e molto doloroso; dopo parecchie ore la temperatura sale a 38. 5 senza che la dilatazione sia progredita: si praticano quattro incisioni nel tessuto di cicatrice e con esse si raggiungono dai 2 ai 3 cm.; quindi si pratica la dilatazione manuale, si applica il forcipe e si estrae il feto vivo. Emorragia *post-partum* e in puerperio da una lacerazione cervicale non penetrante. Peritonite. Morte in settima giornata.

14. Braun (Welponer, id.). Amputazione coll'ansa galvanica della portio vaginale per carcinoma: dopo un anno la paziente si presenta gravida al 5.° mese; si stabilisce di praticare delle incisioni sul collo stenosato cicatrizzato: insorge il travaglio e otto giorni dopo si ha scolo di liquido amniotico; manifestandosi febbre e perdite odorose si decide di liberare la donna; nuove incisioni bilaterali, compressione ed estrazione col cranioclaste del Braun. Lesione del collo e della vagina, sutura della lacerazione vaginale, lavatura antisettica intrauterina. Morte per sepsi in 5.ª giornata. Per l'avvenire si crede conveniente in simili casi di ottenere la dilatazione graduale coi dilatatori di cautchouch indurito o di praticare il taglio cesareo.

15. Schönberg (« Ueber den Einfluss der stenosen des Genitalcanals auf die Geburt. » In. Dissert., 1889. Materiale clinico fornito dal prof. Gusserow). Donna cui venne praticata l'amputazione della portio vaginalis per tumore del collo, di cui non è specificata la natura, rimase poi due volte gravida. Entrambe le volte si ebbe stenosi del collo;

la prima volta il parto si effettuò con una lacerazione del collo; nel secondo parto si praticò la dilatazione digitale e quindi, non raggiungendo quella lo scopo, le incisioni multiple nel tessuto rigido di cicatrice. Puerperi normali.

16. Felsenreich (*Wiener. med. Presse,* 1883). Donna gravida al 5.° mese affetta da tumore canceroso al labbro posteriore del collo dell'utero, che vien tolto coll'écraseur; guarigione apparente. Parto a termine con travaglio prolungato per la resistenza del tessuto di cicatrice del labbro posteriore. Durante il parto si rileva a destra dell'utero un tumore abbastanza voluminoso dovuto ad una pleiade ganglionare cancerosa. Morte della donna sei giorni dopo il parto.

17. Gönner (*Zeit. für Geb. und Gyn.,* Bd. X). Donna di 42 anni, affetta da carcinoma in gravidanza, partorì prematuramente e in puerperio le venne esportato il tumore coll'ansa galvanica: due anni e mezzo dopo partoriva un bambino vivo senza i soccorsi dell'arte.

18. Gönner (idem). Donna di 27 anni in travaglio di parto; era ostacolata la dilatazione dalla presenza di un carcinoma del collo; questo si dovette in parte esportarlo colle forbici e quindi estrarre il bambino col forcipe. In puerperio venne distrutto il resto del neoplasma col termocauterio. La paziente guarì. Sei mesi dopo abortiva a due mesi e mezzo di gravidanza. Due anni dopo l'aborto, mentre la paziente si credeva gravida alla 16.ª settimana, espelleva una mola vescicolare. Il puerperio fu normale, e la donna si mantenne in buone condizioni.

19. Lomer (*Zeit. f. Geb. u. Frauenkheiten,* Bd. X). Donna che aveva subìto l'amputaz. della portio vaginalis: rimasta gravida ebbe difficoltato il travaglio del parto, cui susseguì infezione e morte della paziente.

20. Mangiagalli (*Annali di Ost. e Gin.,* Novembre 1894, caso 21 della tabella). Donna cui era stata praticata l'amputazione del collo nel Febbraio 1889 per carcinoma. Dopo, rimasta gravida, abortì: in puerperio riscontratosi il canale cervicale affetto da infiltrazione carcinomatosa si procedè all'isterectomia. Per notizie raccolte dal medico della donna il 27 Agosto 1894 essa era immune da recidiva.

Riassumendo abbiamo venti casi con sette morti e tredici pazienti salve, di cui però una (caso 8) con recidiva rapida, una (caso 10) con parto distocico grave e recidiva, una (caso 7) con recidiva lenta ed una (caso 15) con parto distocico e infine (caso 20) una recidiva guarita coll'isterectomia. Per rispetto al prodotto del concepimento si ebbero sei bambini morti, in quattro pazienti la gravidanza si interruppe abortivamente, in dieci giunse al termine con bambino vivo.

Da questo riassunto mi pare risulti abbastanza chiaramente che il pronostico pel parto, sia per la madre che pel feto, in casi di gravidanza sopravvenuta dopo l'amputazione del collo per carcinoma, debba essere fino ad un certo punto riservato. Vero è che non deve trascurarsi in questo esame il metodo operativo seguito, poichè esso ha una influenza somma nel creare le condizioni più o meno sfavorevoli pel decorso del travaglio del parto. Così noi abbiamo potuto rilevare che quando si praticò l'amputazione del collo coll'ansa galvanica, si ebbero con una certa frequenza nelle gravidanze successive o delle interruzioni delle stesse, ovvero delle distocie per rapporto alle difficoltà della dilatazione della bocca uterina, dovuta alla resistenza del tessuto cicatriziale formatosi dove si praticò la sezione. Quando l'amputazione, sia della portio vaginalis che dell'intera cervice, venne praticata col coltello e successiva sutura, le cose camminarono nel complesso un po' diversamente: si verificò cioè raramente la stenosi cicatriziale della bocca uterina ed il parto decorse spesso in modo perfettamente normale. Quando poi questi atti operativi vennero praticati lungo il decorso della gravidanza e questa potè giungere al termine, allora per le condizioni speciali create dalla gravidanza stessa non si ebbero formazioni di cicatrici resistenti e il parto fu facile. Per lo contrario. anche in queste condizioni favorevoli pel rammollamento dei tessuti, se si usarono sostanze caustiche sul collo da estendere ed approfondire la regione dove verrà a formarsi il tessuto di cicatrice, allora si ebbe spesso anche nei pochi mesi della gravidanza la formazione di un tessuto di cicatrice resistente che veniva a provocare delle distocie durante il parto. Illazione diretta che si può ricavare da ciò è che volendo praticare l'amputazione alta del collo nei casi di carcinoma della portio, in donne non ancora giunte all'epoca della menopausa, sarà conveniente praticare l'atto operativo seguendo il metodo di Schröder, abbandonando sopratutto le sostanze cauterizzanti ed induranti i tessuti: questa pratica dovrebbe specialmente essere seguita quando la donna fosse già gravida e l'atto operativo venisse praticato nel decorso della gravidanza stessa.

Ma ora vorrei spingere un po' più in là le mie considerazioni: data la diminuzione notevole della mortalità, che si ebbe in questi ultimi tempi nelle estirpazioni totali dell'utero dalla vagina in rapporto alla migliorata tecnica operativa, in donne non ancora giunte alla menopausa è conveniente limitarsi all'amputazione alta del collo, trascurando

gli effetti di una possibile gravidanza sopraveniente? Il Winter dimostra con una serie di osservazioni che una donna nella quale venne praticata l'amputazione sopravaginale del collo uterino, se il moncone uterino rimane sano, ha tutte le probabilità di rimanere gravida, di giungere al termine della gravidanza e di avere un parto facile: casi nei quali vi era da parecchi anni una sterilità relativa, ed in cui sopravvenne il concepimento dopo l'amputazione li abbiamo visti anche nei casi da me riportati; ma è utile ciò? Lo stesso Winter, difensore dell'amputazione alla Schröder, dice che la gravidanza, il parto ed il puerperio esercitano un'azione sfavorevole sulla recidiva, e una conferma di ciò noi possiamo rilevarla anche da parecchie delle storie riassuntive da me riportate. Ora in un'affezione nella quale pur troppo con tanta facilità si ha la recidiva, non sarebbe più che giustificato un atto operativo, il quale almeno in parte diminuisce queste probabilità, togliendo la possibilità di ulteriori gravidanze senza che poi sieno di molto aumentati i pericoli immediati della paziente? Io credo di sì; e se noi consideriamo inoltre, che con una certa frequenza dopo una operazione parziale si ebbe alcune volte interruzione della gravidanza sopravvenuta, in altri casi il parto fu distocico e fece correre alla madre pericoli più e meno gravi, mi pare più che logico di poter affermare che nei casi nei quali la paziente può essere esposta a nuove gravidanze, l'isterectomia vaginale deve asssolutamente preferirsi all'amputazione alta del collo. A me poi sembra che queste considerazioni possano trovare la loro applicazione nei casi di carcinoma operabile radicalmente e complicante la gravidanza nei suoi primordi. Non perdendo di vista la nociva influenza di questa complicazione sull'andamento della neoformazione, dobbiamo ricordare che, se in alcuni casi di amputazione intravaginale del collo dell'utero non si ebbe l'interruzione della gravidanza, come abbiamo più sopra ricordato, altre volte ciò avvenne come pei casi ricordati da Benicke (1), di Helbig (2), Bidder (3), Olbrig (4), Ruttledge (5), Vianden (6); se poi a maggior garanzia del-

---

(1) Benicke. *Zeit. f. Geb. und Gyn.*, Bd. I.

(2) Helbig. In. Diss. Greifswald, 1889.

(3) Bidder. *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1879, N. 16.

(4) Helbig. Loco citato.

(5) Ruttledge. In. Diss., Berlin, 1876.

(6) Vianden. In. Diss., Bonn, 1880.

l'esito remoto dell' atto operativo, si vuol preferire l' amputazione sopravaginale del collo, allora abbiamo, si può dire di regola, la interruzione della gravidanza: ricordo i quattro casi di Stratz (1) e i due di Drude (2). In base a questi risultati mi pare che, nelle contingenze cliniche suaccennate, sia più che giustificato di trascurare la vita del feto e procedere alla isterectomia vaginale come nei casi di utero non gravido. I risultati finora ottenuti in simili casi e raccolti nella letteratura giustificano completamente questo intervento; ricordo in proposito il caso del Ferrari (3), del Taylor (4), dell'Hofmeier (5), del Thiem (6), del L. Landau (7), del I. Greig (8), i due del Brennecke (9), del Kaltenbach (10), del Mackenrodt (11).

A gravidanza inoltrata da non permettere l'isterectomia vaginale, ma non giunta presso al termine, per la nociva influenza della gravidanza che rende rapidissimo il progresso della neoformazione, e pel fatto che molto spesso viene in scena l'aborto o il parto prematuro o la morte in utero del prodotto del concepimento, credo che nei casi nei quali l'intervento radicale è ancora possibile convenga, trascurando il prodotto del concepimento, intervenire attivamente sia coll'isterectomia addominale, o addomino-vaginale o vagino-addominale come fecero Spencer Wells (12), Zweifel (13), Stocker (14), Mackenrodt (15), Fritsch (16), Fehling (17), e Mangiagalli in un caso non ancor reso di

---

(1) STRATZ. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, Bd. XII.

(2) DRUDE. In. Diss., Erlangen, 1889.

(3) SOTTOCASA. *Ls Clinica chirurgica*, N. 2, 1893, Milano.

(4) TAYLOR. *Med. Record*, Febbraio 1891.

(5) HOFMEIER. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1887.

(6) THIEM. *Frauenarzt*. Luglio 1889.

(7) L. LANDAU. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 29.

(8) I. GREIG. *Lancet*, 1887, I.

(9) MOHR. In. Diss., Halle, 1889.

(10) MOHR. Loco citato.

(11) MACKENRODT. *Archiv. f. Gyn.*, Bd. 44, pag. 568.

(12) SPENCER WELLS. *Med. Chir. Transact.*, London, 1882.

(13) ZWEIFEL. *Central. f. Gin.*, 1889, N. 12.

(14) STOCKER. *Centr. f. Gyn.*, 1892, N. 32.

(15) MACKENRODT. « Verhandlungen der 5 Versammlung der deutschen Gesellschaft f. Gyn. in Breslau. » *Arch. f. Gyn.*, Bd. 44.

(16) FRITSCH. *Deutsch. med. Woch.*, 1893, pag. 1185.

(17) FEHLING. *Monatschrift f. Geburt. und Gyn.*, Novembre 1895.

pubblica ragione, o colla interruzione della gravidanza prima, seguita a breve distanza dall' isterectomia vaginale come nei casi di Olshausen (1), di Theilhaber (2), di Bouilly (3). Dei due procedimenti credo da preferirsi il primo quando, a diminuire i pericoli della infezione, si intervenga dapprima per la via vaginale demolendo e cauterizzando le masse cancerose, come fece Mackenrodt, o meglio seguendo la pratica fin dal 1881 messa in atto dal prof. Bottini (19) nell'isterectomia vaginale, di amputare cioè il collo uterino e la neoformazione coll'ansa galvanica per procedere poi all'atto operativo. Seguendo questo metodo riesce possibile una accurata disinfezione della vagina; il tessuto carcinomatoso, probabile focolaio di infezione settica, non viene a contatto col peritoneo, aumentando così notevolmente le probabilità di guarigione, e rendendone più semplice e rapida l' operazione che non seguendo il procedimento di Zweifel, Stocker e Fehling di esportare il corpo uterino dalla via addominale prima, ed il collo poi dalla via vaginale. Un caso operato, nel modo sopra indicato, a termine di gravidanza dal prof. Mangiagalli all'Ospedale Magg. di Milano nel 1894, con salvezza della madre e del feto, torna a conferma clinica della opportunità di tale procedimento.

In base a queste osservazioni mi pare che si possa giungere alla conclusione che:

1.° Nei casi di carcinoma della porzione vaginale del collo, in donna non ancor giunta all'epoca della menopausa, l' isterectomia vaginale è assolutamente da preferirsi all'amputazione alta del collo.

2.° Nei casi di gravidanza complicata da carcinoma del collo operabile, il trattamento radicale, pur trascurando la vita del feto, è a preferirsi alle operazioni parziali e all'aspettativa messa in pratica per proteggere la vita del feto.

---

(1) Olshausen. *Klin. Beil. zur Gyn.*, 1884, pag. 101.

(2) Theilhaber. *Arch. f. Gyn.*, Bd. 47.

(3) Berthod. *Gaz. des Hôpitaux*, 1886, N. 46 e 49.

(4) Bottini. « La estirpazione totale dell'utero dalla vagina. » Milano, 1881.

RASSEGNA

R. KOSSMANN (Berlino). — **L'apertura della cavità addominale tra la vescica e l'utero.** — *Deutsche Med. Wochenschrift,* 28 Novembre 1895.

Questa operazione che l'autore chiama elitro-celiotomia, e anche elitro-peritoneotomia, è un' operazione che eseguita in prima solamente nella fissazione dell'utero alla parete vaginale anteriore, ora viene allargando la serie delle sue applicazioni. Prima di tutto l'autore constatò che i risultati che si hanno nelle fissazioni dell'utero alla parete vaginale anteriore, sono molto più durevoli se si pratica a tale scopo l'apertura dello spazio vescico-uterino, perchè si mettono i punti di sutura con tal mezzo più in alto, e si fa invece di una sutura siero-sierosa una sutura fibroso-sierosa; oltre a ciò coll'apertura dello sfondato anteriore si possono togliere col dito le aderenze che sono quasi inevitabili in tutte le retrodeviazioni uterine sia dell'utero che degli annessi, e si tolgono con esse le cause di disturbi più gravi alle ammalate affette da queste forme ginecologiche.

L'apertura dello sfondato anteriore, dalla parte della vagina fu adoperata dall'autore anche per estirpare miomi uterini sotto-sierosi (nonchè sotto-mucosi e interstiziali aprendo la cavità uterina) e per asportare piccoli tumori degli annessi e tube gravide come ha fatto anche Dührssen. Esamina poi i vantaggi finali di questo metodo operativo rispetto alla fissazione anteriore dell'utero, e dimostra come 1.° sia ancora possibile la fecondazione, 2.° che la gravidanza in massima non è turbata (e cita parecchi casi in proposito), o almeno la donna non ha disturbi speciali fino alla trentesima settimana della gravidanza, 3.° che se succede l'aborto non vi sono speciali complicazioni, 4.° che l'utero fissato in questo modo, se la sutura si allenta, subisce molto più efficacemente l'azione di un pessario.

Nel praticare questa operazione non si hanno disturbi vescicali consecutivi se si ha l'avvertenza di non scandagliare rozzamente la vescica col catetere, e non si hanno pericoli di infezione con formazione di essudati, come viene provato dalla sua statistica che prova che in 29 casi così operati non ebbe che una sola temperatura di 38°. L'autore poi crede che questa operazione unita alla restaurazione dell'imene sia nelle vergini da preferirsi alla semplice applicazione del pessario

CIOIA.

Dott. REINEBOTH (Halle). — **Iniezioni di siero Emmerich contro il cancro in un endotelioma.** — *Deutsche Med. Wochenschrift,* 28 Novembre 1895.

In questo caso si trattava di una recidiva di un tumore maligno diventato inoperabile che era stato esportato dalla mammella di una paziente dal prof. Weber nella Clinica chirurgica dell'Università.

Il tumore aveva sede nel cavo ascellare e si era diffuso verso la clavicola con nodi metastatici al collo. Il siero iniettato fu esaminato batteriologicamente prima e durante le iniezioni, e fu trovato sterile. La quantità di siero iniettata fu complessivamente di 37 cm. cubici.

Non si ebbe in seguito alle iniezioni nè arrossamento erisipelatoso, nè rialzo di temperatura, nè acceleramento del polso nè del respiro, nè cambiamenti nella composizione dell'urina, nè dolori. L'ammalata morì per esaurimento. All'autopsia si notò un rammollimento dei tumori più voluminosi, che erano anche sede di emorragie; il tumore aveva invaso anche il fascio nerveo vascolare ascellare. Nella milza si notava un nodo metastatico di endotelioma.

All'esame microscopico si trovarono come all'esame macroscopico i dati della necrosi, degenerazione grassa, e trombosi che furono osservati da Nussbaum, da Winiwarter e di Friedrich colle iniezioni nei tumori di sostanze chimiche. Solo questi fatti si accentuarono nel suddescritto caso perchè il tumore conteneva già (anche prima delle iniezioni di siero), delle cavità cistiche e del tessuto in degenerazione grassa come fu provato mediante punture esplorative. Il tumore si è rammollato al centro invece che al margine dove erano state fatte le iniezioni di siero. Il tumore della milza presentava poi lo stesso rammollamento centrale quantunque non avesse subìto iniezioni. Il tumore della milza era composto in parte da cellule piatte endoteliari molto grosse che in alcuni punti presentavano nell'insieme l'aspetto di un sarcoma polimorfo, in altri punti l'aspetto di un sarcoma molto ricco di vasi capillari anastomotizzantisi.

CIOIA.

SCHAUTA. — **Ueber die Operation fixierter Blasenscheidenfisteln** *(Operazione per occludere le fistole vescico vaginali aderenti).* — *Monatsch. für Geb. und Gyn.,* Bd. I, Heft. 1, 1895.

L'A. in due casi di fistola vescico-vaginale, aderente alle pareti ossee così da essere ritenute inoperabili coi comuni metodi operativi, invece di ricorrere alla colpocleisi, pensò di occludere l'apertura fistolosa seguendo una nuova via; cercò

di giungere sul punto leso della vescica praticando un taglio verticale in rapporto alla parte alta del grande labbro fino a livello della branca discendente del pube, e approfondandosi col dito scollò la parete vaginale anteriore dalle sue aderenze ossee. In un primo caso, fatta la cruentazione e praticata la sutura con fili d'argento ottenne in parte la guarigione rimanendo una piccola fistola, che guarì con un successivo atto operativo nel quale praticò la sinfisiotomia. Nel secondo caso praticò il distacco della parete vaginale anteriore dalla branca discendente del pube in modo identico a quello usato nel primo caso, e fatta la sutura, la fistola guarì completamente. CLIVIO.

SAENGER. — **Conception durch ein accesorisches Tubenostium; Kaiserschnitt, bedingt durch frühere ektopische Schwangerschaft** *(Concepimento per mezzo di un accessorio sbocco tubarico; taglio cesareo per una pregressa gravidanza extrauterina).* — *Monatsch. für Geb. und Gyn.*, Bd. I, Heft. 1, 1895.

Trattasi di una donna che dopo tre parti normali ebbe una gravidanza extrauterina con rottura della cisti fetale ed ematocele retrouterino. La donna dopo parecchi mesi di degenza a letto e di cura guarì, e due anni dopo rimase ancora gravida. Durante il travaglio del parto la testa fetale non poteva progredire perchè gli essudati reliquati della precedente gravidanza extrauterina restringevano lo spazio pelvico, così che l'A. dovette ricorrere al taglio cesareo che praticò col metodo conservatore nell'Ottobre 1894. Durante l'atto operativo l'A. potè constatare che il tumore che impediva la progressione del feto, del volume di un pugno e più, era formato dal sacco fetale e da connettivo fibroso il tutto aderente all'intestino: in questa massa di essudato era impigliata la tuba destra e lo sbocco di quella di sinistra, cosicchè entrambi gli sbocchi addominali delle tube erano chiusi; lungo la tuba sinistra vi ha un padiglione tubarico sopranumerario che si apre in vicinanza all'ovaio sinistro, mentre non si potè vedere l'ovaio destro.

Questa osservazione clinica dimostra la possibilità di due fatti molto rari a potersi riscontrare: 1.° che un ovicino possa nel suo cammino seguire un accessorio sbocco tubarico e dar luogo egualmente a una gravidanza intrauterina, 2.° che i residui di una pregressa gravidanza extrauterina possono divenire una indicazione pel taglio cesareo. CLIVIO.

DONAT. — **Die Castration bei Osteomalacie** *(La castrazione nell'osteomalacia).* — *Monatsch. für Geb. und Gyn.*, Bd. I, Heft. 2, 1895.

L'A. riporta un caso clinico nel quale l'affezione comparsa durante la sesta gravidanza, pare per abitazione non sana, si aggravò poi nella nona (1890) così

da dover provocare l'aborto: dopo per un anno e mezzo stette bene, quindi senza che intervenisse una nuova gravidanza i dolori ricomparvero e andarono man mano aggravandosi le condizioni della paziente, così che nel 1893 dovette ricoverarsi nella Clinica del prof. Sänger dove le venne praticata la castrazione. Dopo l'operazione scomparvero i dolori, rimase però a lungo un senso di debolezza alla gamba destra.

Il valore della castrazione nell'osteomalacia si manifesta sopratutto nella scomparsa dei dolori; poi deve tenersi in conto come mezzo per guarire il processo morboso come lo dimostrano molti casi. L'A. ricorda le varie cure mediche usate in questa forma morbosa e che diedero parecchie volte buoni risultati, perciò ritiene che sieno indicate nelle donne ancora giovani sia durante che dopo la gravidanza, e nelle donne vicine alle menopausa: se malgrado il trattamento medico il processo morboso progredisce rapidamente, finito il periodo puerperale, allora l'atto operativo trova la sua naturale indicazione.

I mezzi medicamentosi da alcuni usati in questa forma morbosa sarebbero il fosforo, il cloralio, il cloroformio, i bagni salati. L'influenza dell'atto operativo non avrebbe nessun carattere di specificità (Löhlein), ma i dolori verrebbero tolti per lo svuotamento più facile dei vasi del periostio e dei muscoli, e l'ulteriore guarigione sarebbe data dalla più o meno rapidamente cessante congestione premestruale e mestruale.

Ricorda quindi l'interessante caso del Truzzi nel quale, dopo la castrazione essendo ricomparsa l'osteomalacia, procedè all'isterectomia vaginale con esito di guarigione: l'influenza di quest'atto operativo sarebbe ancora da studiarsi.

Clivio.

TREUB. — **Zur Stumpfbehandlungsfrage bei der Myomohysterectomie** *(Sulla questione del trattamento del peduncolo nelle miomoisterectomie). — Monatsch. für Geb. und Gyn.,* Bd. I, Heft. 3, 1895.

L'A. avendo compiuto cento amputazioni sopravaginali di uteri miomatosi crede opportuno entrare in questo argomento. Espone dapprima il metodo operativo da lui seguito nei suoi diversi dettagli, e pel trattamento del peduncolo fa uso dell'allacciatura elastica (catetere Nélaton N. 11 e 12) intraperitoneale. Su cento atti operativi ebbe sette casi di morte. Esamina questi vari casi, l'ultimo dei quali essendo la morte avvenuta 39 giorni dopo l'operazione per trombosi delle due arterie polmonari in donna malarica, gli offre l'opportunità di esaminare le modificazioni intime del peduncolo date dal laccio elastico, da cui risulta che in nessun punto superiormente al laccio vi ha accenno a necrosi. Dall'esame delle varie cause di morte risultando che esse non sono imputabili al metodo ma a circostanze diverse, il lavoro viene ad assumere poi il carattere di polemica a difesa del proprio operato da accuse fattegli da diversi operatori.

Clivio.

PELS LEUSDEN. — **Beitrag zur pathologischen anatomie der Puerperal eklampsie** *(Contributo alla anatomia patologica della eclampsia puerperale).* — *Virchow's Archiv.*, Bd. 142, Heft. 1.

L'A. riferisce i risultati delle sue ricerche sopra due casi di eclampsia puerperale studiati nell'Istituto anatomo patologico del prof. Marchand. Il 1.° caso riguarda una donna di 21 anni, primipara, operata di estrazione di feto morto, previa craniotomia, per stenosi della vagina, e venuta a soccombere con fenomeni di edema polmonare, dopo aver avuto 28 accessi convulsivi di eclampsia. Fra i reperti dell'autopsia spiccano le lesioni renali; in entrambi i reni si nota una zona di parenchima atrofico, mentre la rimanente è affetta da glomerulo-nefrite e da degenerazione parenchimatosa. Tanto l'uno quanto l'altro rene erano forniti di doppio bacinetto e di doppio uretere; i due ureteri sboccavano e dall'uno e dall'altra parte separatamente in vescica. Fra le lesioni degli altri organi si notano nel fegato focolai multipli circoscritti emorragici e necrotici, nei polmoni pneumonite lobulare bilaterale ed edema, nel cervello edema. Il 2.° caso riguarda una donna di 32 anni, operata di estrazione di feto vivo con applicazione di forcipe e venuta a soccombere dopo aver avuto sette accessi convulsivi eclampsici. Anche qui fra i reperti dell'anatomia occupano il primo posto le lesioni renali e cioè nefrite diffusa recente con degenerazione parenchimentosa; si osservò inoltre pneumonite lobulosa bilaterale, edema polmonare, edema ed emorragia puntiformi del cervello.

L'A. rivolse le sue indagini in particolar modo sulle alterazioni microscopiche dei vari organi. Ed un accurato esame microscopico mise in evidenza nei polmoni, oltre a numerosi focolai di pneumonite lobulare e trombosi dei capillari, nel lume di questi e talvolta anche delle piccole arterie, cellule giganti costituite da una massa protoplasmatica contenente numerosi nuclei (fino 50): questi grossi elementi riscontransi più numerosi nel primo caso che non nel secondo, e l'A. non esita a ritenerli come sincizii derivanti dal rivestimento dei villi coriali. Cellule giganti in tutto simili a queste ebbe l'occasione l'A. di riscontrare nei capillari polmonari di una donna morta per febbre puerperale, e perciò con Lubarsch ritiene che tale reperto non sia punto specifico della eclampsia, come non crede che le trombosi capillari siano dovute alla azione coagulante determinata dalla penetrazione in circolo di questi elementi. Nel fegato osservò in entrambi i casi degenerazione adiposa delle cellule epatiche e degli endotelii vasali, piccoli focolai emorragici e necrotici. Non ebbe ad osservare embolie di cellule epatiche, forse perchè le lesioni del fegato erano scarse. Nella placenta osservò villi con rivestimento sinciziale ben conservato ed altri in cui in parte od in tutto questo era caduco, del resto non ebbe a notare particolari alterazioni. Nei reni si osservavano spiccati i caratteri della glomerulo nefrite.

Da siffatti reperti l'A. trae le seguenti conclusioni: nei due casi citati le ricerche non offrivano dati per ammettere una origine infettiva (bacterica) della eclampsia; quale causa dello stato eclampsico è piuttosto da ammettere con grande verosimiglianza una sostanza tossica circolante nel sangue; fra le lesioni organiche nella eclampsia spiccano in prima linea le affezioni renali; le cellule polinucleate dimostrate primamente da Schmorl e riscontrate anche in questi due casi, sono affatto corrispondenti alle così dette cellule giganti placentari, sia che esse derivino direttamente dall'epitelio dei villi, sia che derivino dalle forme epiteliali che trovansi nella serotina. Questo reperto non è proprio nè come causa nè come conseguenza della eclampsia o di altri stati convulsivi puerperali: l'embolia delle cellule placentari è a considerarsi come una evenienza accidentale; non si è potuto dimostrare un'azione coagulante di questi elementi; anche la seconda possibilità ammessa da Schmorl, l'origine di altre sostanze tossiche coagulanti da una malattia della placenta, nei due casi riferiti non ha trovato alcun appoggio; embolie di cellule epatiche non poterono essere riscontrate anche con accurate ricerche; le necrosi del parenchima epatico che si riscontrarono in entrambi i casi, ma scarse assai specialmente nel secondo caso, non possono essere considerate come causa dello stato eclampsico; le trombosi capillari ialine (fibrinose) dei polmoni e del fegato sono da considerarsi come alterazioni secondarie verosimilmente conseguenza di uno speciale stato tossico (uremico?): anche queste alterazioni non sono proprie dell'eclampsia; nei polmoni le trombosi ialine stanno in istretto rapporto coll'insorgere dell'edema polmonare acuto e coi coaguli ialini nell'interno degli alveoli; non è dimostrabile l'origine di questi coaguli da trasformazione fibrinosa degli epitelii alveolari desquammati. RESINELLI.

PAUL SEGOND. — **Nouveau procédé opératoire pour la réparation des fistules recto-vaginales chez les femmes dont le perinée est intact.** (Abaissement et fixation anale du segment de rectum supérieur à la fistule, après resection du segment rectal sous-jacent). — *Annales de Gynécologie,* Juillet 1895.

La lacerazione del setto rettovaginale che l'A. curò col suo nuovo metodo operativo, si originò in una donna di 31 anni circa per un corpo straniero (un vaso da pomata) che l'ammalata erasi introdotto in vagina 16 anni prima, e che dopo essere stato pressochè innocuo per tutto questo tempo, aveva improvvisamente dato luogo a gravi fenomeni peritonici ed era stato estratto non senza difficoltà dieci mesi prima. Durante questo tempo si era provveduto incompletamente all'occlusione artificiale della fistola retto-vaginale con un pessario di Gariel. La breccia assai ampia era situata molto in alto nel fornice posteriore ulcerato. Il labbro anteriore

era sano e nel fornice vaginale anteriore si vedevano ancora le traccie della ulcerazione trasversale prodottavi dal vaso. L'A. in presenza di una lesione di questo genere, dopo avere passato in rivista i vari metodi di plastica vaginale, non credette di poterne applicare alcuno ed adottò invece il nuovo procedimento, di cui, corredandolo di due figure dimostrative, detta il seguente manuale operatorio:

Preparata l'ammalata e cloroformizzatala in posizione dorso sacrale, è questa la successione dei principali momenti operativi:

1.° Dilatazione dell'ano, che deve essere digitale, graduale e lenta.

2.° Preparazione per dissezione del cilindro mucoso intranale: si incide circolarmente la mucosa anale a 2-3 millimetri dalla sua unione colla cute, e la si disseca per tutta l'altezza dello sfintere.

3.° Sdoppiamento del setto retto-vaginale e abbassamento e resezione del segmento rettale situato sotto la fistola.

4.° Sutura del retto all'ano.

5.° Cruentazione e sutura dell'apertura vaginale della fistola.

6.° Medicazione, costituita da una striscia di garza all'jodoformio in vagina, da un tubo da drenaggio nel retto che dia esito ai gas e da una compressa asettica mantenuta alla regione ano-vulvare con una fascia a T.

AMADEI.

ERNESTO WERTHEIM. — **Sulla possibità e sul valore dell'esame microscopico del pus delle tumescenze infiammatorie degli annessi durante la laparotomia.** — *Raccolta di conferenze cliniche,* nuova serie, N. 100, Lipsia. Breitkopf und Haertel.

Schauta nel congresso di ginecologia di Breslavia dimostrò, che la prognosi dell'estirpazione degli annessi, dipendeva dalla qualità del pus contenuto nella sacca tubarica, vale a dire dal sapere se questo pus contenga o no dei germi settici. Lo Schauta negli ultimi anni in tutte le laparotomie fece praticare per principio una sutura esplorativa delle sacche marciose, nonchè l'immediato esame microscopico del pus. Questi esami furono praticati dal suo distinto assistente Wertheim. In conseguenza di queste ricerche quando si trattava di sacche marciose prive di germi settici, veniva eseguita la laparotomia, mentre quando venivano riscontrati nel pus dei germi sospetti, l'operatore o si atteneva a un intervento più complicato in secondo tempo, oppure se ciò non sembrava possibile, veniva praticata dopo l'estirpazione della tumescenza il drenaggio della cavità col metodo di Mikulicz. Le opinioni dei colleghi sul valore di questo modo di procedere, non furono concordi. Il Wertheim cominciò a premettere, che, quando una sacca purulenta con materiale infettante si rompe, è indicato il trattamento esterno,

aperto della cavità peritoneale e il metodo più adatto a questo scopo è il drenaggio alla garza col sistema di Mikulicz. Pur troppo questo drenaggio alla garza, è « in generale » poco conosciuto. Una delle cause di questo fatto sta nel non conoscere esattamente l'indicazione. Questa indicazione viene data appunto dall'esame microscopico del pus, eseguito durante l'operazione.

L'esame microscopico però non può essere una prova della virulenza dei microorganismi patogeni osservati, e i buoni risultati ottenuti col drenaggio alla Mikulicz non sono una prova del valore del metodo proposto. Tuttavia l'esame microscopico che un pratico così esercitato come il Wertheim può eseguire durante l'operazione in due o tre minuti, non è un aiuto da disprezzare.

In 116 casi così esaminati il Wertheim trovò 71 casi con resultato negativo, 33 casi con gonococchi, 6 con streptococchi piogeni, 1 con stafilococchi piogeni, 1 con pneumococco di Fraenkel, 4 con bacterii indeterminati. In 99 casi trovò 15 volte dei bacterii patogeni ai quali non appartiene notoriamente il gonococco. Altri sperimentatori ebbero uguali risultati. Sono patogeni per il peritoneo solo lo stafilococco e lo streptococco. I risultati ottenuti nella Clinica di Schauta a proposito delle succitate ricerche furono i seguenti: che nei casi in cui si trovarono dei germi settici e non si fece il drenaggio alla Mikulicz, si ebbe il 40 % di mortalità, mentre col drenaggio si ebbe il 16. 6 % di mortalità. Quando si possa osservare per un certo tempo l'ammalata prima dell'operazione, si può per mezzo dei sintomi clinici indurre in modo molto preciso sulla natura del contenuto della sacca marciosa, specialmente poi, se a questi dati si aggiungono quelli anatomopatologici che si rilevano durante l'atto operativo. Così la peritonite acuta o subacuta, le aderenze recenti, i reliquati di parametriti suppurative, le lesioni cicatriziali dei legamenti larghi possono rivelare, anche senza le ricerche microscopiche, la presenza di un agente infiammatorio, e specialmente poi un agente settico e dare così l'indicazione per il trattamento alla Mikulicz del campo operativo.

Cioia.

Dott. MAX FUCHS (Liegnitz). — **Un caso di gravidanza extrauterina, interessante per la migrazione esterna dell'uovo.** — *Deutsche Med. Wochenschrift,* 7 Novembre 1895.

In causa di un fibroma uterino peduncolato venne ad una ammalata asportata col tumore la tuba sinistra, e in causa di una degenerazione cistica venne asportato l'ovaio destro. Restavano quindi: a sinistra un ovaio sano, ed a destra una tuba sana. Per tre periodi la mestruazione fu regolare. Indi si ebbe sospensione mestruale, e con essa i sintomi di una gravidanza extrauterina.

In seguito si ebbe una lieve emorragia e l'espulsione di una membrana deci-

duale. Dopo di ciò si ebbero improvvisamente tutti i sintomi soggettivi ed obbiettivi della rottura del sacco gravidico, con relativa emorragia interna gravissima. Si sentì infatti coll'esplorazione che i foglietti del legamento largo destro erano divaricati da una massa molle che poi si fece tesa e resistente fino a raggiungere il volume di una testa di feto a termine.

In seguito a questa emorragia interna, sebbene l'ammalata fosse giacente in assoluto riposo a letto, e curata con oppio, si ebbero altre due emorragie interne che ridussero la donna in pericolo di vita.

Tuttavia essa fu salva e guarì senz'altra cura che la suaccennata, più l'applicazione della corrente faradica a facilitare il riassorbimento del versamento sanguigno.

Trattandosi di un versamento che ebbe luogo, non nello spazio libero peritoneale ma tra i foglietti del legamento largo, l'autore non passò alla laparotomia.

CIOIA.

2.° Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia

(Roma, 28-29-30-31 Ottobre 1895).

(Continuazione, vedi pag. 96).

Seduta antimeridiana del 29.

Dott. AZZURRINI. *Ricerche sulla composizione del sangue nelle donne eclampsiche.* (Riassunto dal prof. Pestalozza). — Ha istituito esperienze sul siero di sangue di donne gravide sane ed ammalate e in base a tali esperienze formula le seguenti conclusioni:

1.° Il siero di sangue di donna gravida sana è tossico, ma non più del siero umano normale;

2.° Il siero di sangue di donna gravida eclampsica aumenta in tossicità quanto è più grave il processo morboso;

3.° In quei casi patologici che non sono propri della gravidanza, la tossicità del siero è invero aumentata, ma non più di quello che sia nel siero di altri individui affetti da identiche malattie;

4.° A seconda che nei conigli s'inietta siero normale o patologico si hanno due distinte fenomenologie, prevalendo nel primo caso gli accessi convulsivi, nell'altro il sopore ed il coma;

5.° Il siero di sangue sia normale che patologico, iniettato in altri animali ha un'azione eminentemente emolitica, che dà costantemente ematuria, ma che non è capace di portare di per sè stessa l'animale a morte;

6.° Il siero di sangue stesso porta nei reni delle alterazioni che possono va-

riare dal semplice intorbidamento degli epiteli glomerulari e canalicolari ad una vera e propria nefrite emorragica;

7.° Tali alterazioni renali, essendo simili a quelle che si hanno nei reni delle donne gravide nefritiche, si può pensare che comune ne sia la causa;

8.° La causa della tossicità del siero deve ritenersi dovuta ad una sostanza circolante nel sangue, solubile e non formata, la quale potrebbe scindersi in due, per dare ora l'uno ora l'altro dei quadri fenomenologici.

9.° Questa sostanza potrebbe eventualmente esser rappresentata dagli albuminoidi del sangue e dai loro componenti (globuline e serine).

Dopo la relazione del prof. Acconci. *Della asepsi e della antisepsi nel parto* (1) il Presidente concede la parola ai dott. Miranda e Rossi Doria per la lettura delle loro comunicazioni.

Miranda. *Ostetricia asettica od antisettica?* — La eteroinfezione è un fatto oramai indiscusso: da essa derivano tutti i gravi processi puerperali. Quanto alla autoinfezione invece non vi è accordo nè tra le ricerche cliniche, nè tra le bacteriologiche, nè perfino sul significato della parola. L'O. in base agli studi di Krönig ed alle sue esperienze è portato a credere che il secreto vaginale normale o patologico delle gravide non esplorate non contiene germi settici capaci di produrre l'infezione puerperale, perchè tali germi trovano nella vagina una serie di fattori che li distruggono, perchè la vagina, in altre parole, disinfetta sè stessa. L'O. quindi conclude che l'autoinfezione non esiste. Se dunque le infezioni puerperali sono tutte di origine esterna, si dovranno proscrivere durante la gravidanza tutte le irrigazioni vaginali antisettiche le quali non fanno che distruggere il potere autodisinfettante della vagina. Piuttosto nei casi in cui il secreto vaginale è patologicamente alcalino o poco acido, si praticheranno delle irrigazioni con soluzione di acido lattico all'1 0[0. Anche durante il parto, sia esso spontaneo od artificiale, e nel puerperio, la disinfezione profilattica della vagina deve assolutamente tralasciarsi: essa è sempre inutile, molte volte nociva, in tutti i casi pericolosa. Si deve fare dell'ostetricia asettica; ma per ottenere una vera asepsi nell'assistenza ai parti non basta l'abbandono delle irrigazioni vaginali, bisogna attuare anche una serie di modificazioni per le quali le mansioni delle levatrici siano molto ridotte e le partorienti debbano sempre essere assistite da medici, i quali soli sono in grado di fare dell'asepsi rigorosa. A questo scopo sarebbe anche molto utile che venisse limitata la pratica dell'esplorazione, e che chi assiste ai parti si addestrasse nell'esame esterno.

Rossi Doria. *Sulle intossicazioni generali e locali come causa predisponente delle infezioni puerperali.* — L'esistenza di germi nel canale cervicale è un fatto discusso e non ancora risolto, ed è oggetto di controversia anche la causa della febbre puerperale, che, per comune consenso, non è una forma specifica. L'O. crede che al suo insorgere abbia molta influenza la resistenza organica individuale, e ammette un'auto-difesa dell'organismo per mezzo di sostanze bacteriche antitossiche che in esso si formano. Oltre alla costituzione organica sono cause predisponenti delle infezioni puerperali, il mefitismo dell'aria, sul quale argomento l'O. riassume molti interessanti lavori, e le alterazioni prodotte sui tessuti dai saprofiti.

---

(1) Pubblicata integralmente nel N. 1 di questo giornale.

Dopo avere ricordati e riassunti i lavori dei vari autori che si connettono alla quistione della autoinfezione, che egli ammette, e dopo avere riferite varie rigorose esperienze sul potere antitossico e bactericida del secreto vaginale, passa a considerare le varie forme di intossicazioni che possono, indebolendo l'organismo, predisporlo alla infezione puerperale. E infine formula le seguenti conclusioni:

1.° Esistono ancora molte incertezze e contraddizioni sulla etiologia e sulla profilassi della infezione puerperale;

2.° Esse dipendono dall'avere tenuto conto assai più dell'elemento infettante che dell'organismo infettato, mentre la storia di ogni infezione puerperale è il risultato di un complesso di azioni reciproche, ugualmente importanti, fra l'uno e l'altro fattore;

3.° L'organismo sano possiede mezzi molteplici di resistenza e di difesa, in gran parte di natura chimica, che non bisogna mai intralciare ma agevolare, il che non può farsi senza conoscerli bene;

4.° Questi mezzi di resistenza e di difesa possono decadere per varie ragioni, ed il loro graduale indebolimento è causa ed indice della graduale esaltazione, relativa ed assoluta ad un tempo dell'elemento infettante;

5.° Il più importante agente nel determinare il terreno organico e nell'esaurirne i mezzi di difesa è rappresentato dalle intossicazioni dell'organismo;

6.° Queste intossicazioni sono generali e locali; le prime esercitano un' azione generale diretta ed una locale indiretta, diminuendo l'indice di vitalità di tutto l'organismo, e quindi anche quello del canale genitale. Le seconde esercitano una azione generale indiretta ed una diretta locale, che determina l'indebolimento dei tessuti del canale genitale, e li prepara all'infezione più o meno rapidamente progressiva;

7.° Per questi motivi la parola autoinfezione ha diritto di essere conservata, giacchè esprime una realtà. Solo si deve dare alla parola medesima quel significato che Semmelweiss le aveva assegnato, di un processo cioè, i cui germi, di origine esterna, vengono acquistando nell'organismo la potenza e la possibilità di infettare, per aumento della loro virulenza, o per diminuzione della resistenza organica;

8.° Per la profilassi dell'eteroinfezione, cioè dell'infezione che viene già pronta dal di fuori, basta la scrupolosa asepsi; per quella dell'autoinfezione oltre le pratiche che agevolano l'autodifesa dell'organismo possono occorrere le risorse dell'antisepsi;

9.° Queste risorse dell'antisepsi sono troppo vantate dai sostenitori dell'autoinfezione, che hanno il torto di non aver cercato se ed in quanto esse possano intralciare le risorse della natura: i risultati dei loro metodi profilattici paiono così dar ragione a coloro che negano l'autoinfezione, in realtà però esistente;

10.° Sopprimendo le pratiche che intralciano l'azione autodifensiva dell'organismo, gli oppositori dell'autoinfezione hanno il merito di avere grandemente migliorato la profilassi, ma essi hanno il torto di non voler riconoscere che la sola autodifesa dell'organismo può essere talora insufficiente, ed aversi allora per l'appunto la formazione di autoinfezioni, senza la più piccola introduzione di materiali virulenti dall'esterno;

11.° L'autodifesa dell'organismo dalle infezioni puerperali è rappresentata:

a) dalle secrezioni vaginali e dalle mucosità della cervice, che posseggono azione battericida ed antitossica, come tutti i liquidi organici viventi e sani. Non bisogna allontanare queste secrezioni;

b) dalla continuità ed integrità del rivestimento epiteliale. Bisogna conservarli con ogni mezzo;

c) dalla vitalità dei singoli elementi cellulari nelle pareti e nelle vicinanze del canale genitale. Bisogna evitare qualsiasi mortificazione un po' estesa di tessuti;

d) dall'attività delle funzioni antitossiche dei liquidi organici che imbevono i tessuti della località. Bisogna diminuire quanto si può la produzione locale (e generale) dei veleni che tendono ad esaurirla (rimozione di materiali putridi, ecc.) e possibilmente aumentare artificialmente *(quod est in votis)* la quantità delle antitossine (uso di sieri terapeutici);

e) dalla integrità anatomica e funzionale degli organi destinati alla neutralizzazione dei veleni circolanti (fegato, glandole surrenali, tiroide, ecc.) Bisogna curare preventivamente le malattie di questi organi e facilitarne le funzioni;

f) dalla integrità anatomica e funzionale degli organi destinati alla eliminazione degli stessi veleni. Bisogna tener d'occhio sopratutto le funzioni intestinali e renali, ed agevolarle coi soliti mezzi ed in tempo opportuno;

12.° Unire queste pratiche, le quali, aiutando l'autodifesa dell'organismo, mirano a prevenire l'autoinfezione, con quelle altre, non meno interessanti, ma pur troppo spesso male applicate (lavande antisettiche) che mirano a reprimerle, e con le altre ancora, le più importanti di tutte (asepsi) che raggiungono lo scopo di tener lontana l'eteroinfezione, vuol dire applicare un sistema completo di terapia razionale, che non era possibile formulare prima dell'attuale orientamento della medicina verso lo studio sperimentale dei poteri di autodifesa dell'organismo, ma che ora si è reso assolutamente necessario.

DISCUSSIONE

sulla relazione Acconci e sulle comunicazioni Miranda e Rossi Doria.

Marocco. — Da parecchio tempo si attiene alla asepsi. Riferisce un caso della sua pratica in cui l'infezione avrebbe prevalso sulla intossicazione, imperocchè le urine estratte otto ore prima della morte diedero un sedimento ricco di streptococchi in coltura pura.

La Torre. — Si atterrebbe alle conclusioni dell'Acconci e del Rossi Doria: quelle del Miranda gli sembrano un po' esagerate. Insiste perchè il Congresso stabilisca norme fisse per l'assistenza ai parti.

Bossi riferisce esperienze istituite da lui e dai dottori De Amicis e Carta sulla secrezione vaginale e cervicale, in varie epoche della gravidanza ed in diverse forme morbose: le colture diedero nel maggior numero dei casi dei saprofiti: solo nel 10 0[0 circa delle osservazioni si isolarono dei piogeni (streptococchi e stafilococchi) la cui inoculazione però riuscì negativa. Insiste perchè nel progettato regolamento per l'assistenza ai parti si obblighi la levatrice a chiamare il medico non solo quando la temperatura della puerpera supera i 38°, ma anche quando il polso oltrepassa le 80 battute.

Giglio. — Nella Clinica ostetrica di Palermo si usa l'asepsi tanto nel parto quanto nel puerperio. Soltanto nei casi di lochiazioni fetide o di donne esplorate prima del loro ingresso in Clinica, si pratica qualche volta, con buon risultato, lo zaffo endouterino, consigliato per tale indicazione la prima volta dal prof. Chiarleoni nel 1886 e non dal Dührssen, che lo usa nell'emorragia *post partum.*

Pestalozza. — Riferendosi a quanto ha esposto il relatore prof. Acconci, può anch'egli confermare colla sua esperienza come la menomata resistenza dei tessuti sia uno dei principali fattori per l'attecchimento dei germi, ma crede che la massima parte nella produzione e nel mantenimento dell'infezione si debba attribuire all'agente infettivo. Quanto alle comunicazioni Rossi Doria e Miranda, crede che in entrambe si sia esagerato. Osserva al Rossi Doria che la febbre puerperale colpisce più spesso donne in perfetto stato di salute che donne emaciate, al Miranda che lo scarso numero di osservazioni sul potere antisettico del secreto vaginale non permette di stabilire delle leggi generali.

Cucca desidera sapere in quali casi si debba praticare l'esplorazione vaginale, che anche il Rossi Doria, se ha bene inteso, vorrebbe abolita. Non crede che le esperienze finora istituite possano autorizzare gli ostetrici a fidarsi del potere antisettico del secreto vaginale.

Pasquali crede che alcune volte la esplorazione vaginale sia indispensabile, e ricorda alcuni casi clinici a sostegno del suo asserto.

Miranda. — Ritiene che la febbre puerperale che può svilupparsi quando per condizioni speciali i saprofiti acquistano virulenza nell'organismo sia una forma di auto-intossicazione e non di auto-infezione. Non può accettare il titolo di esagerate dato dal La Torre alle sue conclusioni. Le irrigazioni vaginali possono essere asettiche solo quando sieno praticate dal medico, non quando sono fatte dalla levatrice. Lo stesso pensa delle esplorazioni, che non vuole soppresse dalla pratica ostetrica, ma soltanto riservate al medico e inibite alla levatrice.

Curatulo fa rilevare quanto siano importanti le esperienze dell'Acconci sull'azione degli streptococchi che si trovano in vagina avanti, durante e dopo il parto per dimostrare la necessità dell'antisepsi nell'assistenza ostetrica.

Rossi Doria risponde al Pestalozza che egli si è guardato bene dal non riconoscere l'importanza somma dell'etero-infezione e delle pratiche relative, alle quali si devono i grandi trionfi dell'ostetricia moderna nel campo della profilassi puerperale. La necessità dell'asepsi, o antisepsi che sia, contro le infezioni provenienti dall'esterno è oramai un assioma, sul quale non si può oggi più discutere. Le forme etero infettive, specie nelle Cliniche, sono quasi del tutto scomparse, in grazia sopratutto dell'asepsi; ma restano altre forme, le auto-infettive, dipendenti in massima parte dall'organismo, che in nessuna clinica al mondo si sono potute finora eliminare e contro le quali l'oratore crede che si debba pensare finalmente ad intervenire, per ridurne alla lor volta quanto più è possibile il numero. Al Cucca risponde che egli non sostiene che non si debbano mai fare esplorazioni vaginali, ma che se ne debbano fare poche, perchè lo studio dei mezzi di difesa dell'organismo conduce a dare, fin dal primo momento dell'assistenza, un'importanza grandissima alla continuità ed integrità dell'epitelio vaginale e cervicale. Ma ci sono dei casi nei quali l'esplorazione vaginale è assolutamente necessaria e nei quali il non farla potrebbe portare ad una cattiva direzione del parto, con lesioni anche più gravi di quelle che l'esame vaginale avrebbe portato.

Acconci credeva che la sua relazione dovesse essere sola e non confortata da quelle di Miranda e di Rossi Doria. Combatte le asserzioni del Miranda, ed insiste nella proposta che si fissi il metodo da consigliare nella pratica ostetrica.

Morisani riassunte la relazione, le comunicazioni e la discussione, mette ai voti il seguente ordine del giorno, che viene approvato:

« La Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia, dopo ascoltata la lettura della

relazione Acconci e delle comunicazioni Miranda e Rossi Doria, ed avere fatto lunga discussione sull'argomento, non credendo possibile dare un giudizio esatto sopra i risultati pratici relativi alla scelta del metodo asettico od antisettico da seguire nell'assistenza ai parti, dà facoltà al Presidente di nominare una commissione la quale studi l'argomento sotto il rapporto della pratica dei parti, e presenti possibilmente le sue conclusioni nella prossima tornata della Società. »

Tale Commissione viene formata coi nomi dei professori: Pasquali, Mangiagalli, Acconci, Pestalozza, Morisani.

(Continua). Dott. Amadei.

BIBLIOGRAFIA

F. L. NEUGEBAUER. — **Zur Lehre von den angeborenen und erworbenen Verwachsungen und Verengerungen der Scheide sowie des angeborenen Scheidenmangels mit Ausschluss der Doppelbindungen** *(Sulle atresie e sui restringimenti congeniti e acquisiti della vagina e sulla mancanza congenita della vagina, escluse le formazioni doppie).* — Berlin, 1895. Verlag von S. Karger.

Sonvi in questa monografia raccolti 1000 casi di cui 928 tolti dalla letteratura e 72 di osservazione dell'A. I primi sono suddivisi in diversi capitoli così disposti: — 56 tagli cesarei per restringimenti della vagina (22 operazioni Porro, 34 tagli cesarei conservativi; — 237 restringimenti e chiusura del canal vaginale con parto per le vie naturali; — 176 casi di restringimenti puerperali osservati fuori del parto ma di origine puerperale; — 459 casi di restringimenti e atresie vaginali parte congenite, parte acquisite non in puerperio di cui parte con eziologia dimostrata e parte con eziologia oscura.

I 72 casi di osservazione propria comprendono un caso di operazione Porro in eclampsica con chiusura della vagina per colpite catarrale; — 33 casi di parziale o totale restringimento e atresia vaginale causate da parti distocici; — 38 casi di restringimenti e atresie vaginali originate fuori del puerperio, e di cui dodici casi sono dati da difettosa formazione della vagina.

A questi casi l'A. aggiunge sei osservazioni di atresia imenale congenita, quattro di conglutinatio delle piccole labbra, una di atresia delle piccole labbra di origine traumatica.

Queste osservazioni dell'A. vennero raccolte su un materiale fornito da 17991 ammalate in poco più di dieci anni. Clivio.

P. STRASSMANN. — **Schemata zur Eintragung des Befundes der äusseren und inneren geburtshülflichen Untersuchung** *(Schema per annotazione dei risultati degli esami ostetrici esterno ed interno).* — Berlin, 1895. Editore S. Karger.

L'A. fece per l'ostetricia quanto Schultze ideò per la ginecologia, e due sarebbero gli schemi proposti: uno è il contorno del tronco visto di fronte da metà

delle mammelle alla radice delle coscie; sonvi delineate le arcate costali, l'apofisi ensiforme, il bellico, il monte di Venere; punteggiata la parte anteriore delle creste iliache e la regione trocanterica dei femori. In questo schema, come da esempi proposti, si possono inscrivere i risultati della palpazione e dell'ascoltazione.

Il secondo schema rappresenta la sezione anteriore posteriore del tronco in cui sono inscritte la coniugata diagonale e la coniugata esterna: questo schema serve bene per fissare i dati rilevati col riscontro vaginale. CLIVIO.

CORRISPONDENZA (1)

Illustriss. Sig. Direttore,

Negli *Annali di Ostetricia e Ginecologia* del Febbraio 1896 trovo una rettifica del dott. Michelini Gerolamo primario della Maternità di Genova, intorno ad un caso da lui pubblicato e da me in succinto riportato nella mia già *incriminata* memoria *(Ancora sulla dilatazione meccanica del collo, ecc.)* negli *Annali* stessi stampata nell'Ottobre 1895.

L'apprezzamento in tale rettifica contenuto, che cioè « così *poco a proposito* » detto caso fu da me citato, mi obbliga evidentemente a chiederle di nuovo ospitalità negli *Annali* onde assodare i fatti in modo, che chiaramente possa il lettore, a cui egli si appella, giudicare l'indole e la portata di tale apprezzamento.

Il caso clinico del dott. Michelini può in brevi tratti così riassumersi:

Badaracco Assunta, d'anni 35, di Genova, ha un primo parto a termine nel 1882 in presentazione podalica con intervento di semplice applicazione di forcipe su testa seguente il tronco (feto lungo cm. 50, del peso di gr. 3120) — *pelvi leggermente ristretta* — è scritto a pag. 10.

Nel 1884 secondo parto con incisioni del collo per stenosi e cranioclastia.

Il 9 Agosto 1886, a termine della terza gravidanza trovasi ad essere assistita dal dott. Michelini ed eccone in breve la genuina storia quale fu da lui pubblicata:

9 Agosto: dolori del parto e scolo abbondante di liquido sanguinolento; *il collo dell'utero* (scrive egli nella sua memoria a pag. 12, linee 28, 29, 30) è duro e resistente e di *uno spessore di qualche centimetro* (2), l'orificio esterno permette appena l'introduzione dell'apice del dito.

---

(1) Con questa lettera dichiariamo ormai chiusa ogni polemica su questo argomento.

LA DIREZIONE.

(2) A semplice titolo di storia osservisi come è degna di nota la circostanza che, nel mentre nella *dettagliata* storia clinica del dott. Michelini è detto per rapporto alle condizioni del collo, *che eravi stenosi e che esso offriva lo spessore di qualche centimetro,* dieci anni dopo, e cioè nella *rettifica* che provocò la presente risposta, asserisce che la lunghezza del collo era di 5 cm. e lo spessore volgere da 3 a 4 cm. Dirò anzitutto che ciò non potevo io sognarlo certo citando detta memoria, noterò in secondo luogo che simile *postuma* aggiunta, se invero può essere prova di buona memoria per parte dell'A., non riesce però chiaramente spiegabile, poichè se occasione esisteva di esporre simili *matematici* particolari, quella appunto era della pubblicazione della storia clinica, nella quale altra circostanza non potevasi addurre per giustificare tanta sequela di gravi e fatali interventi per feto morto, se non le condizioni del collo.

Dal 9 al 10 Agosto si susseguono regolarmente contrazioni uterine forti e frequenti.

Il 10 alle ore 3 pom. egli pratica 4 incisioni sul collo (colle forbici — aggiunge) lunghe oltre un centimetro e *affida il parto alle forze naturali.*

Il giorno 11 al mattino non avvenendo il parto, prolunga di altro centimetro e mezzo dette incisioni, ed *attende il parto dalle forze naturali.*

Il giorno 11 stesso alle ore 4 pom. craniotomia ed introduzione di una branca del cranioclasta del Braun; non riesce ad estrarre il feto; *attende* — e frattanto — egli sempre scrive — insorgono brividi di freddo e febbre.

Il giorno 12, sempre il dott. Michelini, esegue il taglio cesareo, estrae per la via addominale il feto craniotomizzato e pratica l'ablazione sopravaginale dell'utero.

Il giorno 13 l'ammalata muore di peritonite infettiva, iniziatasi, fa notare sempre il sullodato dottore, già durante il sopraparto, a seguito, s'intende, dei detti interventi (*altro dei vantaggi delle incisioni,* potrebbesi soggiungere!).

Ora, obbiettivo della mia pubblicazione era di stabilire un raffronto fra i casi clinici di provocazione artificiale del parto e di parto forzato operati di dilatazione del collo col mio metodo, e quelli trattati con altri mezzi, in ispecie con le incisioni del collo.

Il dott. Michelini mi presenta, con precedente sua pubblicazione, un caso in cui, in presenza di leggiera viziatura pelvica, e quindi per sola stenosi cicatriziale del collo *conseguita (importante ciò) a incisioni fatte in un parto precedente,* tenta invano il parto forzato colle incisioni (alla Dührssen?) in numero di quattro *ripetute due volte coll'intervallo di 24 ore,* e dopo ciò non riuscendo, neppure previa craniotomia, ad estrarre col cranioclasta il feto (nel mentre in un primo parto un feto lungo cm. 50 e del peso di gr. 3120 era stato estratto col solo forcipe), in quarta giornata di sopraparto (con feto craniotomizzato) giunge al taglio cesareo con successiva morte della madre.

Come è naturale nella mia statistica traggo profitto anche di tale storia clinica, di simile alla quale, per interesse e originalità, ben difficile è, mi è grato affermare, che dalla Ostetricia Italiana altra ne venga fornita, e mi si osserva e scrive e *pubblica* dall'autore, che detto caso è *così poco a proposito citato!*

Dovrebbesi notare come agli inconvenienti che io già notai per le incisioni, il dott. Michelini aggiunse la dimostrazione clinica poter alle incisioni del collo succedere un'infezione; poter divenire le incisioni del collo fatte in un parto un ostacolo tanto grave a parti successivi da obbligare al taglio cesareo, ecc. ecc., ma qualsiasi commento sciupererebbe l'originalità così del fatto che dell'apprezzamento, e mi permetto quindi di astenermene.

Con che anticipatamente la ringrazio e la prego gradire i miei ossequii.

Novara, 11 Marzo 1896.

Devot.
L. M. Bossi.

Prof. **Luigi Mangiagalli**, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XVIII. Aprile 1896. Num. 4.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
12 MAY 96
LIBRARY

Intorno al traumatismo degli organi genitali in gravidanza

PEL

Dott. FRANCESCO VILLA

La gravidanza è stata a lungo considerata come una formale controindicazione agli interventi chirurgici, tanto che fino a venti anni or sono le parole di Verneuil « à moins d'urgence extrême, il ne faut soumettre les femmes enceintes à aucune opération si minime qu'elle soit, surtout si l'action chirurgicale porte sur la zone génitale, » costituirono un dogma.

Di poi l'esame di casi isolati, permise di sollevare la discussione su tale precetto, e questa condusse a concludere che le operazioni chirurgiche potessero e dovessero essere praticate sulle gravide ogni qual volta ne esistesse l'indicazione, non essendo a temere che avessero a rivestire un carattere di gravità eccezionale o speciale per il solo fatto della gestazione.

Ma in oggi l'influenza piogenica della gravidanza, e l'azione riflessa sull'utero, hanno perduto l'importanza che loro si assegnava, e se nella letteratura incontriamo numerose operazioni laparotomiche intraprese nell'interesse della madre o del feto, od in quello d'ambedue assieme, dobbiamo rallegrarci vivamente, non solo che i successi operatorii immediati, ma altresì che quelli definitivi abbiano corrisposto al finale intento desiderato dagli operatori, giacchè è noto che tumori ovarici e fibromi uterini furono esportati senza che la matrice gravida si scuotesse, anche quando si rimossero tumori a sviluppo intralegamentario od intramurale scollando perfino la decidua (Mackenrodt).

Ma se ci facciamo a ricercare con quanta frequenza siano state

praticate operazioni sulle prime vie genitali della donna gravida, cioè sulla vulva, sulla vagina, sul collo uterino e sul perineo, constatiamo che l'eccezione fatta da Guéniot (1) per gli interventi su questa parte del campo genitale « seules les opérations pratiquées sur cette zone sont dangereuses pour les femmes enceintes, » è stata approvata e strettamente applicata, giacchè rileviamo subito una sproporzione numerica notevole fra siffatte operazioni e quelle laparotomiche. E la differenza ne appare ancora maggiore se consideriamo quanto diversa sia l'importanza delle due categorie di atti operativi.

L'aumentata irrorazione sanguigna e la succulenza speciale, hanno fatto temere emorragie e difficoltà nella cicatrizzazione e questo timore, assieme all'altro di stimolare soverchiamente o troppo da vicino e non impunemente l'eccitabilità riflessa dell'utero, spiegano come scarse siano le operazioni praticate. A ciò aggiungi la rarità di evidenti indicazioni assolute ed urgenti per intervenire, mentre di altre indicazioni pure importanti non si tenne un conto sufficiente.

Troppo chiaro appare che le forme suppurative e maligne dei genitali esterni e della vagina, senza eccezione queste se primitive, debbano essere trattate senza riguardo alcuno allo stato in cui la donna si trova, perchè mi abbia a soffermare su questo punto nella breve disamina delle principali indicazioni delle operazioni cruente sulle prime vie genitali nel corso della gravidanza.

Operazioni plastiche sul perineo e sulla vagina.

In buona parte le perineorafie furono praticate senza che si sospettasse la gestazione, vale a dire nei suoi primi periodi, ma alcune furono invece eseguite appunto perchè la donna era gravida, e le ragioni che giustificarono le operazioni stesse, furono ad esempio pei casi di Weil e di Döderlein (2):

a) La crescente debolezza della paziente causata dalla diarrea e dall'anoressia conseguenti all'incontinenza rettale.

---

(1) GUÉNIOT. « Grossesse et traumatisme considérés dans leur rapports mutuels. » *Bull. et mém. de la Société de Chirurgie,* 1876.

(2) Citati da LITTAUER. « Operation eines totalen Damrisses während der Schwangerschaft. » *Centralb. f. Gynæk.*, 1894, N. 35, S. 837.

b) La notevole depressione morale derivante dalla nauseante infermità.

c) Il timore che la debolezza crescente conducesse all'aborto.

d) Il desiderio di rialzare le forze per il momento del parto.

e) La preoccupazione di eliminare una fonte di facile infezione.

Littauer (1) pervenne a raccogliere soli otto casi, ai quali ne aggiungo uno ormai vecchio di Mollière (2) ed un altro recente di Steffan (3), ottenendo così una piccola statistica di 10 osservazioni dalle quali risulta evidente: 1.° che la gravidanza non fu nè disturbata nè compromessa in alcun caso, 2.° che la riserva fatta da Hégar (4) « l'operazione non pare indicata se la donna è incinta, data la prossimità del parto e di conseguenza la possibilità di nuova rottura, » non è giustificata. « Le ferite, da plastica, guarite asetticamente si comportano come tessuti normali » (5).

Infatti nell'operata di Weil il parto, naturale ed a termine, si effettuò senza lesione di sorta, sebbene la lacerazione del retto che era stata riparata avesse misurato 4 cm. in altezza; in quella di Döderlein si applicò il forcipe in causa di inerzia assoluta ed un'incisione vagino-perineale che guarì *per primam,* salvò completamente il perineo, e Steffan con un'incisione alla Credé conservò pienamente il buon risultato ottenuto sei mesi prima.

Provata la ragionevolezza dell'indicazione assoluta « incontinenza rettale, » conviene ricercare se esista qualche altra condizione che possa richiedere un'operazione plastica dimostrata innocua.

Circa l'influenza del prolasso utero-vaginale sulla gravidanza, si ritiene, che raggiunto un certo sviluppo la matrice risalga nel bacino, ma che prima di questo momento sia possibile l'aborto, e questa eventualità non sembrerebbe molto rara stando ad una casuistica abbastanza recente di Hopfenstand (6), il quale notò che su 26 casi di prolasso

---

(1) LITTAUER, loco citato.

(2) Citato da Guéniot, pag. 498.

(3) STEFFAN. « Operation eines totalen Dammrisses während der Schwangerschaft. » *Centralb. f. Gynæk.*, 1894, n. 44, S. 1093.

(4) HÉGAR et KALTENBACK. « Traité de gynécologie opératoire. » 1885, pag. 612.

(5) SAENGER. « Gesellsch. f. Geb. zur Leipzig. » 18 Giugno 1894, *Centralb. f. Gynæk.*, n. 38, S. 928.

(6) I. HOPFENSTAND. « Ueber den Vorfall der Vagina und des Uterus in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. » Bern, 1892.

d'utero gravido combinato col prolasso della parete vaginale anteriore o posteriore, si ebbe cinque volte l'interruzione della gravidanza dal quarto al settimo mese.

La riduzione e la contenzione del prolasso anche col pessario, ed il riposo nel decubito orizzontale od a natiche rialzate, occupano il primo posto nella terapia attuabile in siffatte contingenze, ma però sembra che in taluni casi si possa fare qualche cosa di più, e che per esempio dato un soggetto offerente un' amplissima apertura vulvo-vaginale, per pregressa estesa lacerazione vagino-perineale, e mal tollerante o punto sollevato dal pessario, l'accertata innocuità della plastica necessaria autorizzi al praticarla. E che l'operazione possa non solo rimuovere le sofferenze materne, ma altresì salvare la vita fetale, allontanando definitivamente la minaccia d'aborto, è pienamente dimostrato dalla seguente osservazione di Mittermaier (1):

Una donna che offriva prolasso completo d'ambo le pareti vaginali, contenute da pessario di Mayer, e che si lagnava di forti dolori al lato destro dell'utero, non fu operata quando cadde sotto l'osservazione perchè era gravida al principio del secondo mese. Ma più tardi, allorchè nessun pessario potè tenere in posto le parti, la donna si trovò impossibilitata a qualsiasi lavoro, ed ai forti dolori si aggiunsero perdite sanguigne, onde l'aborto minacciava, si procedette all'atto operativo. La gravidanza trovavasi al suo terzo mese. Si ebbe guarigione *per primam* e pronta scomparsa dei dolori e dell'emorragia. Nel corso del sesto mese la paziente continuava a star benissimo non essendosi più ripresentati, nè i dolori, nè le perdite sanguigne.

Un'osservazione curiosa di Rietchie dimostrerebbe un'altra indicazione certamente rara, di operazione sulla parete vaginale: cistocele in primipara che cagiona non solo disturbi notevoli, ma veri dolori per tutta la gravidanza; sensazioni molestissime al basso ventre ed ai genitali esterni, tenesmo e talvolta incontinenza vescicale, impossibilità assoluta alla deambulazione. Ogni mezzo fallì e la donna fu obbligata per più e più mesi alla giacitura orizzontale (2).

Di fronte ad un siffatto quadro, se si fosse per tempo praticata la

---

(1) MITTERMAIER. « Ueber einen Fall von Prolapsoperation Während der Gravidität. » *Centralbl. f. Gynäk.*, N. 5, 1896.

(2) RIETCHIE. In *Frommel's Jahresbericht*, 1894, S. 593.

resezione di un lembo della parete vaginale anteriore, combinandola col cateterismo a permanenza sino a cicatrizzazione compiuta, non si sarebbe forse arrecato un forte sollievo alle notevoli e prolungate sofferenze?

***

Discretamente numerose sono le condizioni patologiche che consigliano di agire sulla cervice dell'utero gravido, e che da un atto operativo che appena merita un tal nome arrivano ad indicare perfino l'amputazione della parte.

Polipi. — I polipi mucosi, se cagionando stillicidio sanguigno riescono talvolta a mascherare una gravidanza iniziale, od a dare un falso allarme di minaccia di sua interruzione, possono altresì colla loro presenza irritare l'utero e determinare la comparsa di contrazioni e provocare così l'aborto od il parto prematuro.

Evidentemente ben maggiore deve essere l'influenza dei polipi fibrosi, anche se piccoli, comechè solidi e quindi causanti maggiore irritamento nella zona d'impianto o producenti emorragie anche gravi. Basterebbe a dimostrare l'influenza dei polipi l'osservazione di Grundeler, d'una donna che dopo un parto a termine abortì cinque volte nel periodo di sette anni, e che dopo la praticatale esportazione di un tumore di discreto volume, condusse a termine altre cinque gravidanze; ed è pure significativo il caso di Pestalozza di tre aborti consecutivi a piccolo polipo fibroso della cavità cervicale (1). Ed al pari dell'aborto è pure frequente il parto prematuro. Chabazian ha trovato su 73 casi di fibroma del collo, dei quali erano conosciuti i risultati, 10 parti prematuri ed otto aborti, il che importa rispettivamente la proporzione di 1 su 7 ed 1 su 9, 19 interruzioni di gestazione.

L'intervento, nelle circostanze ora comtemplate, trova indicazioni così nette che ogni discussione parmi superflua, tanto più che in oggi possiamo ripetere con un' esperienza assai più estesa le parole di Corradi « troviamo che senza danno furono... allacciati e recisi polipi che dall'utero scendevano in vagina » (2).

---

(1) Pestalozza. « Fibromi d'utero e gravidanza. » Pavia, 1890, pag. 33.

(2) Corradi. « Storia dell'Ostetricia in Italia, » pag. 974.

***

Se le lesioni del collo non si distinguono essenzialmente per il loro aspetto e per la natura loro, quando si trovano su utero vuoto, da quando stanno su d'utero gravido, è però certo che in questo secondo caso presentano una tenacità particolare, una maggiore resistenza alla cura, mentre si rendono più manifeste e più appariscenti.

La donna gravida presenta con frequenza notevole alterazioni od ulcerazioni cervicali, tanto che Nieberding è arrivato alla conclusione che solo il 36 °/o delle primipare ed il 26 °/o delle pluripare hanno il collo uterino esente da lesioni, ma però bisogna distinguere i casi in cui queste preesistevano alla gravidanza, da quelli in cui le erosioni si sono sviluppate nel suo decorso. Le alterazioni appartenenti a questa seconda categoria si osservano specie negli ultimi mesi, e non esercitano azione alcuna sulla gravidanza e scompaiono un certo tempo dopo il parto. Le ulcerazioni di data antica subiscono invece modificazioni dovute all'iperemia delle viscere, ed il loro pronostico è stato ritenuto assai vario, anzi contradditorio, giacchè da alcuni si giudicarono come innocue, da altri si credettero causa frequentissima di aborto, e da altri si tennero soltanto in conto di frequenti indizii di lesioni analoghe nell'interno dell'utero. Vedremo più oltre come possano altresì essere punto di partenza di forme maligne.

Non è a dire che tutte le alterazioni del collo meritino attenzione, ma è un fatto che parecchie furono giustamente risguardate come l'origine di molte complicazioni gravidiche tutt' altro che indifferenti e che si riscontrano ghiandole ipertrofiche, cistiche, ectropion, cicatrici dolorose e minuscoli nodi fibrosi siti agli angoli di lacerazioni, in casi di nervosismo esagerato, vomito incoercibile, nevralgie pelviche, ecc. ed in casi in cui la gestante soffre di disturbi nel campo genito-addominale, che fanno dare alla gravidanza il nome di dolorosa. Le lacerazioni estese, specie le bilaterali, troviamo specificatamente incolpate d'essere causa da aborto da Emmet, Olshausen, Veit, Mundé, Doléris, ecc.

Condizioni siffatte, preesistenti allo stato subacuto, subiscono spesso un' esacerbazione improvvisa all'inizio della gravidanza e destano sensazioni dolorose persistenti in un lato del bacino o bilateralmente con irradiazioni diverse, sia alla parete lombo-addominale, sia alle reni, sia

alla radice delle coscie, accompagnate da un senso di peso e di tensione molesta all'ipogastrio e perfino al pudendo.

È inutile che mi dilunghi a far risaltare l'importanza delle alterazioni cervicali perchè essa è troppo ben conosciuta, ma invece ricordando come lo stato puerperale peggiori le condizioni anatomo-patologiche locali, e nello stesso aumenti l'eccitabilità riflessoria, mi sia permesso d'insistere sul punto che le lesioni in discorso possano e debbano essere curate specie nei primi mesi, quasi indifferentemente e come se l'utero fosse vuoto, qualora diano luogo a sintomi molesti o costituiscano un pericolo per la continuazione della gravidanza.

***

È opinione diffusa che le alterazioni della cervice non richiedano cura alcuna se sono limitate e che se sono estese e producono dolori vivi, perdite leucorroiche forti, ecc. si possa intervenire, avendo però presente il pericolo di provocare l'aborto e la possibilità di gettare inutilmente il tempo e la fatica, riuscendo in ogni caso a risultati appena apprezzabili. Le lavature con antisettici, l'applicazione di jodoformio o di batuffoli glicerinati, semplici o medicati, costituirebbero i presidii concessi ed anche da autori moderni, come il Vinay, si considera temeraria la condotta di Spiegelberg che « nei casi più ribelli non si peritò di ricorrere alla cauterizzazione col ferro rovente » (1).

In taluni soggetti si riscontrano quasi delle eruzioni di follicoli che costituiscono la causa di ben noti disturbi locali o riflessi e specialmente gastrici, e che conducono le pazienti a richiedere il medico di quella piccola operazione che suole arrecare pronto sollievo. Nello stato puerperale tali individui sono più tormentati di prima, mentre altre donne avvertono allora solo disturbi inerenti alle cisti ghiandolari che si vanno sviluppando. È ben naturale che in queste eventualità, come non potremo negare il consueto sollievo alle vecchie clienti, non dovremo esitare a sollevare quelle che per la prima volta soffrono in conseguenza della formazione di uova del Naboth.

A proposito di forme riflesse dipendenti da erosioni del collo, ri-

---

(1) Vinay. « Traité des maladies de la grossesse. » Paris, 1894, pag. 87.

corderò qui il caso interessantissimo di Tripet, il quale in una gravida al 4.° mese sofferente quanto mai per gravi accessi di tosse, ribelli ad ogni cura, trovando un' erosione cervicale, non esitò a praticare una generosa ignipuntura. La tosse diminuì tosto e scomparve col migliorare delle condizioni del collo, ben inteso, senza che la gravidanza ne soffrisse menomamente (1).

Come già dissi, in taluni casi la ragione di disturbi persistenti sta nella deformazione del collo, la quale, oltre al poter essere una fonte dolorifica, può costituire un vero e proprio pericolo per la gravidanza, sia in modo diretto, cioè per sè stessa, quanto per via riflessa. Fuori della gestazione, spaccature estese, estesissime, sono tollerate perfettamente, mentre altre di minore importanza in quanto ad estensione sono causa di disturbi, e ciò nulla presenta di strano, ma non pertanto le ampie lacerazioni cervicali estendentesi fino agli sfondati e producenti una beanza notevole del canale, per cui della cervice non resta in realtà che il solo anello superiore, lo sfintere interno, già per loro stesse indipendentemente da ogni altra alterazione costituiscono una predisponente all'aborto. Ciò è stato in genere ammesso da lungo tempo ed è più specialmente confermato dalla numerosa statistica di Gemonius che studiò 137 casi (2).

Tipico affatto è il caso pubblicato da Schwarz. Una donna che operata di forcipe nel suo primo parto presentava una lacerazione del collo che si estendeva fino alla volta vaginale, ridivenne gravida cinque volte e cinque volte abortì fra il quarto ed il sesto mese feti vivi e le placente nulla presentarono di abnorme. Durante la settima gravidanza Schwarz constatò che al principio del quarto mese, il collo e l'orificio uterino interno erano talmente beanti che il dito arrivava con tutta facilità sull'uovo, e qualche settimana dopo si ebbe l'aborto. La lacerazione fu operata secondo il metodo di Emmet, e due successive gestazioni decorsero regolari fino al termine. Incontrandoci in un caso consimile quando una nuova gravidanza fosse cominciata, edotti dell'abituale esito dell'aborto, dovremo noi intervenire? Dalla trachelorafia nulla si avrebbe a perdere e tutto a guadagnare, come fra breve vedremo.

---

(1) Tripet. « Toux incoercible de la grossesse. » *Arch. de tocol.*, 1893, pag. 584.

(2) Gemonius. « 137 Emmet'sche Operationen. » *Centralb. f. Gyn.*, 1891, n. 7.

Oltre alle degenerazioni cistiche sul bordo libero del muso di tinca troviamo associate alle lacerazioni, dei noduli cicatriziali dolenti, gruppi di ghiandole ipertrofizzate impigliate nell'angolo delle lacerazioni stesse, e veri cordoni cicatriziali che decorrono dal collo alla cupola vaginale e si perdono nella base del legamento; e da tali lesioni, oltre che un'azione per via riflessa, possiamo temerne una pressochè diretta per gli eventuali rapporti con reliquati esistenti in grembo ai legamenti larghi, e se Fritsch ammette solo questo secondo modo d'agire, altri contemplano la duplice minaccia e traggono l'indicazione operatoria. Siffatte alterazioni meritano una maggiore importanza ad utero gestante, ed invero poichè il collo uterino, specie nella sua porzione sopravaginale, è sede della più squisita sensibilità riflessa, e poichè l'influenza malefica delle lesioni in discorso sta o totalmente od almeno in gran parte in un fatto d'ordine riflesso, potremo noi giustamente essere trattenuti dal timore di eccitare artificialmente dei riflessi, se saremo disposti a permettere che continuino ad esistere potenti stimolazioni?

Stepherd a sei settimane dall'ultima menstruazione praticò l'operazione d'Emmet, e quattro settimane più tardi una colpoperineorafia senza che la gravidanza ne soffrisse (1), Juillard rese noto un caso di tracheloraffia, nel secondo mese della gestazione non diagnosticata, con successo operatorio e curativo (2), e seguendo tale esempio Doléris esportò un nodulo doloroso, risiedente all'angolo di una cicatrice cervicale, cagione indubitabile delle vive molestie perchè s'ebbe l'immediata scomparsa dei disturbi; onde la gravidanza, che era nel secondo mese, continuò felicemente senza il molesto accompagnamento dei dolori alle reni, al lato destro del bacino ed alla coscia corrispondente. Incoraggiato da questo successo, Doléris fece poi un passo più oltre ed in un caso di lacerazione bilaterale con cicatrici dolorose praticò l'operazione d'Emmet, sebbene sospettasse, ed era nel vero, che la paziente fosse gravida alla fine del secondo mese, ed ottenne splendido risultato senza che insorgesse la più piccola minaccia d'aborto (3).

---

(1) In LITTAUER. Loco citato.

(2) JUILLARD. « Tracheloraphie faite dans le deuxième mois d'une grossesse. » *Nouvell. Arch. d'obst.*, 1886, pag. 645.

(3) DOLÉRIS. « Traitement et restauration du col de l'utérus pendant la grossesse. » *Nouvelles Arch. d'obst.*, 1887, N. 9.

Non ho potuto trovare altri casi di trachelorafia in gravidanza, eccettuato quello riferito da Fullerton, anch'esso seguito da esito felice (1).

In un caso che ebbi a studiare e ad operare si trattava precisamente di quella lesione alla quale sola il Fritsch, come dissi, accorda valore.

Osservazione I.

Nel Comparto ginecologico ostetrico del nostro Ospedale Maggiore, degeva nella primavera dell'anno 1888, nella quale epoca io prestava servizio come assistente del primario dott. Valsuani, una contadina gravida nel 4.° mese in preda a febbre tifoide. Nella convalescenza, specialmente, la donna si lagnava di dolori piuttosto vivi che dal profondo della pelvi si irradiavano alla coscia sinistra, alla cresta iliaca dello stesso lato, ed anche più in alto fino al cuore. L'infezione tifosa era stata gravissima ed aveva durato a lungo, e però si tendeva a riferire ad essa i detti disturbi, se non chè un mattino, accusando la paziente d'aver avuto durante la notte delle contrazioni uterine, praticai il riscontro vaginale. La donna, gravida per la seconda volta, aveva avuto un parto distocico, e due medici del contado avevano alternativamente fatto numerosi tentativi col forcipe e solo dopo un paio d'ore di prove, erano riusciti ad estrarre il prodotto del concepimento. Il puerperio era stato morboso per febbre e dolori al basso ventre, prevalentemente a sinistra da dove non erano mai più scomparsi del tutto. Essi si erano accentuati dal principio della gestazione in corso.

Rilevai che il collo uterino presentava parecchie intaccature e che da una lacerazione non molto profonda situata a sinistra, partiva un cordone cicatriziale grosso come una penna di corvo che saliva fino alla cupola vaginale, interessandola e mettendo capo ad una resistenza cicatriziale sita alla base del legamento. Detto cordone era teso e dolente ed i movimenti impressi al collo, che era un po' deviato verso sinistra, per portarlo a destra risvegliavano in modo acuto le abituali molestie.

Afferrato il collo con una pinza ad uncini e stiratolo fortemente a destra ed in basso, in modo da tendere al massimo la cicatrice, la sezionai alla base del collo servendomi di forbici curve sul piatto, e quindi cauterizzai l'incisione col percloruro di ferro. Ne risultò tale vantaggio quale non credevo di poter sperare: gli stiramenti dolorosi scomparvero quasi del tutto, non vi furono più contrazioni uterine, ed il successo si mantenne anche a riparazione avvenuta della soluzione di continuo.

---

(1) A. M. Fullerton. « Einfluss der Trachelorraphie auf die geburt. » *Riv in Centralb. f. Gynäk.*, 1892, n. 45, S. 892.

L'intervento fu un po' primitivo e certo sarebbe stato più conveniente il rimuovere un buon tratto di cicatrice ed il praticare successivamente la sutura, ma tuttavia l'avere sezionato il cordone raggiunse lo scopo di rendere minimi gli stiramenti che dal collo si trasmettevano al reliquato di parametrite. La persistenza della cicatrice nell'angolo della lacerazione non cagionava quindi alcuna molestia.

Per converso un' altro caso seguito per parecchi mesi, mi sembra fornire uno splendido esempio della sinistra influenza che le alterazioni della cervice uterina possono esplicare durante la gravidanza e puramente per via riflessa.

Osservazione II.

M. Augusta, abitante in Milano, Via Moscova, N. 37, si presenta nel Giugno 1895 all'Ambulatorio Palletta. E pluripara e dubita d'essere nuovamente gravida ed accusa vive molestie al quadrante inferiore sinistro dell' addome, tratto tratto coperte da dolori, irradiantesi specie verso l' alto e cagionanti non infrequenti disturbi gastrici. Oltre alle sofferenze, la paziente si lagna di non poter più attendere alle occuzioni domestiche, e che la deambulazione le riesce penosa.

Riscontro gravidanza al terzo mese e rilevo che la cervice uterina, piuttosto allungata e rivestita da mucosa sana, è estesamente spaccata a sinistra, però fino a qualche distanza dalla cupola vaginale. All' angolo della lacerazione evvi una piccola cicatrice affatto indolente, ma invece alla parte alta della superficie interna del labbro anteriore e verso il bordo della spaccatura, esiste una serie di piccole nodosità raggruppate, il tocco anche leggiero delle quali provoca l' immediata insorgenza dei vivi dolori che, come dissi, si presentano ad intervalli.

La constatazione di questo fatto, riuscì sempre evidentissima in successivi esami — aggiungo che qualche volta si notarono anche la nausea e l' accenno al vomito — anche al dott. R. Polacco e ad altri colleghi, per cui riuscendomi indubitata la limitazione esatta della causa delle sofferenze, proposi alla paziente l'intervento operatorio. La donna rifiutò la proposta e continuò a frequentare l'Ambulatorio traendo qualche vantaggio dalle applicazioni di tamponi di glicerina all' ittiolo.

Verso la metà del mese di Agosto, essendo sospese da qualche settimana le medicazioni, fuvvi minaccia abbastanza seria d'aborto, che venne scongiurato, e verso il 7.° mese le sofferenze si resero meglio tollerabili. Però alla fine dell' 8.° mese sopraggiunse minaccia di parto prematuro e questa volta la gestazione fu interrotta.

Durante il puerperio potei cerziorarmi che quella tale zona, la di

cui eccitazione riusciva, sebbene in minor grado, ancora assai molesta e dava ancora dei riflessi negli ultimi giorni della gravidanza, aveva perduto nuovamente della sua eccitabilità ed i riflessi erano debolissimi.

***

Qualora avessimo ad incontrare una lesione assai complessa, e cioè l'associazione di ectropion, cisti follicolari, nodi dolorosi, ecc., la condotta seguita nelle osservazioni sopra indicate non sarebbe sufficiente a rimuovere completamente il male, ed allora potrebbe sorgere l'indicazione non di restaurare ma di demolire il collo uterino. Ciò è effettuabile senza pericolo per la gravidanza in corso?

Non è già che io pensi essere conveniente durante la gestazione il praticare l'amputazione della cervice affetta da cancro, a preferenza di altra operazione, ma mi riferisco a quest' atto operativo solo per far considerare che traumatismi notevoli, cioè a dire operazioni irregolari spesso condotte con metodi primitivi e complicate da accidenti evitabilissimi, furono portati sul collo dell' utero gravido senza che succedesse l'aborto.

La casuistica è discretamente numerosa. Fino al 1893 avremmo sole 21 osservazioni, ma Theilhaber che ha raccolto questa casuistica ha dimenticato parecchi casi ed altri occorsero di poi (1).

Raschiamento durante la gravidanza.

1.° Benicke, parto a termine (2).
2.° Idem, parto prematuro spontaneo (2).
3.° Stratz, segue aborto (2).
4.° Felsenreich, segue parto prematuro (2).
5.° Mangiagalli, nè il raschiamento profondo, accuratissimo, nè la successiva applicazione di batuffoli impregnati in soluzione satura di cloruro di zinco, che restano in posto per molte ore e che producono un' escara molto spessa, allo staccarsi della quale avviene emorragia grave, riescono a produrre l'aborto (3).

---

(1) THEILHABER. « Die Behandlung des Uterus carcinoms in der Schwengerschaft und bei der geburt. » *Archiv. f. Gynäk.*, XLVII Bd., H. 1, S. 57.

(2) In THEILHABER, loco cit.

(3) MANGIAGALLI. « Due casi di taglio ces. col met. Porro, ecc. » *Ann. di Ost. e Gin.*, 1890, p. 215.

6.° Pacquy, raschiamento al 4.° ed al 7.° mese interessando il carcinoma estesa porzione del segmento inferiore. Parto a termine (1).

7.° Bilsted, raschiamento col cucchiaio tagliente e cauterizzazione col termocauterio. Continuazione regolare della gravidanza (2).

Amputazione della portio senza interruzione della gravidanza.

Ho trovato 15 casi, compresi i 9 raccolti da Theilhaber, alcuni dei quali meritano qualche parola (3).

Tood Walton, al 2.° mese escisione delle due labbra seguita da emorragia fortissima che mise la donna in cattive condizioni.

Schroeder, al 5.° mese amputazione del labbro anteriore col coltello, del posteriore coll'écraseur che apre lo spazio del Douglas: emorragia gravissima difficilmente frenata col ferro rosso.

Vianden, amputazione del collo al 4.° mese: di poi estirpazione di recidiva ripetuta due volte.

Galabin, al 1.° mese amputazione coll'ansa galvanica e poi applicazione di potassa caustica.

Amputazione della portio seguita da interruzione della gravidanza.

Analizzando le 10 osservazioni di Theilhaber, troviamo che il parto intempestivo può ed anzi deve essere riferito ad accidenti operatorii evitabili od a manovre inutili nei casi di:

Godson, in 9.ª giornata dall'operazione si pratica il cateterismo non sospettando la gestazione e si provoca l'aborto;

Benicke, l'écraseur apre lo spazio del Douglas e ne seguono fenomeni di peritonite.

Altro caso di interruzione della gravidanza fu pubblicato da Gordon (4): l'aborto avvenne 9 giorni dopo l'operazione.

---

(1) Pacquy. « Deux cas de cancer de l'utérus chez des femmes enceintes. » *Annales de gynéc.*, 1893, T. 40, pag. 453.

(2) In *Jahresbericht*, 1883, S. 689.

(3) Non citati da Theilhaber: Winckel. *Centralb.*, 1882, S. 110 — Tood Walton in Guastavino. « Dei neoplasmi del segmento inferiore e del collo dell'utero. » *Gazzetta Medica Lombarda*, 1891. — Martin. « Trattato delle malattie delle donne. » — Scheibe. « Ueber die Komplication des Uteruscarcinoms mit Schwangerschaft. » In *Frommel's Jahresbericht*, 1893, S. 494.

(4) Gordon. In *Annales de gynéc.*, 1888.

In una donna operata da Winckel il sacco amniotico si immetteva nell'orificio prima dell'intervento, per cui questo caso deve essere escluso dal computo, e razionalmente devonsi calcolare soli 9 casi.

Il traumatismo arrecato col raschiamento è certo più intenso di quello annesso cogli interventi che in oggi pratichiamo per restaurare il collo, eppure ad onta delle manovre così ruvide si ebbe l'aborto solamente in meno di 1|3 dei casi.

Per riguardo alle amputazioni troviamo che 15 volte la gravidanza continuò sebbene parte delle operazioni furono complicate da accidenti evitabili, o ripetute, e che delle 11 osservazioni in cui seguì l'aborto due sono da eliminarsi per le ragioni sopraindicate, onde su di un complesso di 24 operazioni abbiamo la procentuale del 62. 5 °|o di continuazione indisturbata della gravidanza, e concludiamo più che lecito, doveroso il credere che una statistica a base di fatti recenti darebbe una procento ancora più favorevole.

***

Tenuto conto della rapidità colla quale decorre per lo più il carcinoma innestato su d'utero gravido, e del fatto che di frequente i primi sintomi del male cominciarono ad essere avvertiti al principio della gravidanza, alla quale, erroneamente, vennero unicamente attribuiti, è probabile che parecchie volte la neoplasia abbia avuto punto di partenza da una semplice ulcerazione cervicale. Siffatto concetto — della maligna influenza della gravidanza sulle lesioni uterine, pienamente dimostrata per molte complicazioni — parmi specialmente appoggiato, per quanto concerne le lesioni cervicali, da due altri casi di amputazione del collo, praticata senza inconveniente alcuno per l'ulteriore decorso della gestazione.

In una gravida al 3.° mese che presentava un'ulcerazione papillare, si osservò che malgrado le medicazioni locali, l'erosione aumentava in superficie, le granulazioni si facevano più rigogliose e le emorragie — dall'erosione — più abbondanti (1). L'esame istologico di un pezzetto del tessuto malato depose per una semplice ulcerazione papillare, ma clinicamente la forma si designava come maligna, onde continuando

(1) P. L. Ferrari. « Di alcune lesioni della mucosa cervicale durante la gravidanza. » *Gazzetta degli Ospedali*, 1892, N. 52, pag. 1402.

le emorragie ed avendosi deperimento della paziente, il prof. Pestalozza praticò l'amputazione del collo. Numerose sezioni dei pezzi esportati non permisero di concludere per la diagnosi di forma cancerigna, ma non pertanto dal lato clinico il decorso progressivo del male, non arrestato da acconcia terapia, giustificò pienamente l'atto operativo.

A me occorse un caso perfettamente identico.

Osservazione III.

Il 30 Novembre 1894 visitai una signora la quale si lagnava di abituali sospensioni menstruali per 2 o più mesi e di perdite leucorroiche bruscamente divenute copiose. Trovai sul collo uterino e più specialmente sul labbro posteriore varie vegetazioni limitate per estensione ai contorni dell'orificio, di color giallo-rossigno, rialzate di parecchi millimetri sulle parti circostanti, che offrivano i caratteri dell'ulcerazione papillare. Rimossi colle forbici dette vegetazioni che erano molli e cauterizzai con una soluzione di cloruro di zinco al 50 °/o. Ripetei queste medicazioni per 3 o 4 volte coll'intervallo di 8-10 giorni, ma vedendo che ad onta del caustico energico le vegetazioni ripullulavano e l'ulcerazione si estendeva, consigliai l'amputazione del collo ed il raschiamento. Intanto era sorto il dubbio che fosse iniziata la gravidanza, perchè oltre ad un'assenza menstruale di circa due mesi, interrotta solo da stillicidii sanguigni, si notava qualche sintomo classificabile per simpatico, ma la tensione invincibile delle pareti addominali non mi permetteva di valutare esattamente il volume dell'utero.

Però sembrandomi che la forma si delineasse chiaramente come maligna, non stimai conveniente di soprassedere all'operazione, alla quale mi disposi, avvertendo il marito della sospettata gravidanza, coll'intento di amputare la portio e di praticare il raschiamento, anche a scopo diagnostico, qualora l'utero si fosse dimostrato vuoto.

Circostanze speciali che il secreto professionale mi vieta d'indicare, mi costrinsero a limitare al *minimum* l'intervento di colleghi e però il dott. Rocchini, assistente della R. Scuola di Ostetricia di Milano, provvide alla narcosi, e due levatrici di mia fiducia mi coadiuvarono. A narcosi completa praticai il riscontro combinato e rilevai dati tali da farmi ritenere fondatissimo, per non dire accertato, il sospetto di gestazione e di questo avvisati i presenti, amputai la portio alla massima altezza e facendo la sutura curai di dare all'orificio il massimo grado di permeabilità.

Decorso post-operatorio, turbato da vomito cloroformico ostinato e da qualche dolore alle reni che cedette tosto all'amministrazione di laudano. Coalito regolare constatato più tardi dal dott. Boni. L'utero continuò a svilupparsi, ed a suo tempo furono avvertiti i moti attivi.

I due lembi di collo andarono perduti, mentre che era mio vivo desiderio di sapere con quale forma avessi avuto a che fare, ma ad ogni modo il quadro clinico di questa osservazione corrisponde talmente a quella del prof. Pestalozza, che dei due casi ho fatto una categoria a parte, nell'intento di richiamare meglio l'attenzione sulla necessità di non abbandonare a loro stesse le cervico-metriti delle gravide, pel solo fatto che l'utero è gestante.

***

L'amputazione del collo uterino in gravidanza trovò un'altra indicazione nell'ipertrofia.

Sono a mia conoscenza soli tre di simili casi, nei quali l'operazione non arrecò alcun disturbo allo sviluppo dell'uovo. Nel primo di Schroeder (1) eravi allungamento ipertrofico, nel secondo di Cuzzi (2) il collo era enormemente ipertrofico, nel terzo di Rapin (3) esisteva la stessa condizione del primo caso. Alcune osservazioni dimostrano chiaramente che di questa indicazione devesi tenere un conto assai maggiore (4).

***

Se alle 24 amputazioni per cancro volessimo aggiungere le altre 5 ora ricordate e le operazioni di trachelorafia fatte da Stepherd, Juillard e Doléris, — pur lasciando da parte l'ablazione del nodo doloroso di Doléris, e la sezione della briglia cicatriziale da me fatta con successo così felice — il procento di buon pronostico per la continuazione della gravidanza consecutivamente ad operazioni sulla cervice salirebbe senza alcun artificio alla cifra del 75 0|0, ragguardevolissima anche non calcolando che alcuni insuccessi furono devoluti al modo col quale l'operazione venne condotta.

Troppo nettamente è affermato essere stata esagerata l'influenza del traumatismo perchè insista maggiormente su questo punto, onde

---

(1) Schroeder, *Lehrbuch der Geburt.*, 1880, S. 384.

(2) In Pestalozza, loco cit., pag. 104.

(3) Rapin. « Amputation du col de l'utérus chez une femme grosse. » *Revue méd. de la Suisse Romande*, 1894, N. 5.

(4) E. Truzzi. « Due casi di ipertrofia longitudinale del collo uterino in donna gravida. » *Gazzetta Medica Lombarda*, 1883, N. 18, pag. 179.

Thomas C. Smith. « A case of hypertrofie elongation of the infravaginal portion of the cervix uteri complicating pregnancy and obstructing labor. » *The Amer. Journ. of Obst.*, January 1896, pag. 35.

mi limito ad osservare che l'emorragia non deve dar da pensare, specie per la trachelorafia e l'ablazione della mucosa cervicale, mettendoci gli attuali metodi al coperto da perdite sanguigne per l'amputazione della cervice; che la sepsi non ci deve preoccupare maggiormente che negli altri casi e che il timore d'eccitare riflessi, da cui l'aborto, è quasi bandito dall'esame spassionato dei fatti, ed è ancora scemato dal confronto fra la delicatezza e l'asepsi delle manovre d'oggi e la rusticità e la sepsi di quelle già in uso.

***

Le condizioni patologiche del collo uterino sopra ricordate — nodi cicatriziali, lacerazioni, ecc. — manifestano la loro azione precipuamente nella prima metà della gravidanza, e la loro influenza tipica non vuole essere rintracciata nella gravida a termine, come è facile comprendere quando si pensi solamente al fatto che tutta la serie di quei fenomeni che conosciamo sotto il nome di simpatici, e che mettiamo in conto di perturbamenti del sistema nervoso, si esplica prevalentemente o quasi esclusivamente nei primi mesi. Troviamo quindi donne che in tale periodo si lagnano di fitte, di stiramenti, di molestie indeterminate ma notevoli, od anche di vere forme nevralgiche pelviche e che dichiarano di non potersi reggere in piedi a lungo, di non poter camminare o faticare, e ciò da poche settimane dopo il concepimento, e continuando i disturbi od avviene l'interruzione della gravidanza oppure scema l'eccitabilità, lo stimolo è tollerato e l'abitudine ad esso è fatta.

Bisogna poi distinguere da persona a persona, da lesione a lesione e dall'una e dall'altra assieme di queste due condizioni. Nella stessa maniera per cui da molti si sostiene che il vomito incoercibile della gravidanza dipende dall'isteria, così con maggior facilità si può ritenere che l'identico stimolo produce effetti diversi a seconda della diversa eccitabilità generale. Ed anche dell'eccitabilità locale dobbiamo tenere conto e però non meravigliarci se considerevoli guasti non arrecano disturbi notevoli, mentre alterazioni di minor conto apportano sconcerti gravi, pensando ad esempio che indipendentemente da ogni processo infiammatorio talune manovre sull'utero, come il sondaggio, provocano in certi soggetti riflessi notevoli ed in altri nessuna molestia. E si intende che trattasi non dell'eccitabilità ordinaria, ma di quella più speciale dello stato puerperale.

Per l'entità delle condizioni patologiche devesi notare anzitutto che nella chirurgia non incontriamo ad ogni passo cicatrici dolorose, cicatrici che sono punto di partenza di riflessi, e vuolsi perciò considerare che quei casi in cui troviamo colli uterini sformati da cicatrici, da briglie che ponno dare impicci anche serii al normale compimento del travaglio, senza che occorrano sintomi speciali in gravidanza, nulla provano contro l'influenza che dalle lesioni cervicali può essere esercitata. Infatti le condizioni anatomiche esistenti in detti casi sono così cangiate, così diverse dal normale da non poter più essere centro di riflessione, oppure « da non essere più possibile lo sviluppo di quelle lesioni cui ascriviamo i disturbi o la produzione diretta di fenomeni riflessi. » (Doléris).

***

Volendo addivenire a conclusioni direi:

1.° che è pienamente provata la possibilità di operare sulla zona genitale di Guéniot correndo solo piccolo rischio di interrompere la gravidanza. Per quanto concerne specialmente il collo uterino non dubito che una casuistica basata su fatti recenti riuscirà a dare assicurazioni ancora maggiori;

2.° che la scelta dei casi da operare deve essere fatta con scrupolo, che l'indicazione deve essere pesata coscienziosamente;

3.° che si deve riconoscere più spesso l'importanza che meritano durante la gravidanza i polipi, le cisti follicolari libere, le lacerazioni estese spalancanti ampiamente il canale cervicale, le cicatrici rigide, le cicatrici incarceranti cisti follicolari o con nodi dolorosi, o continuantesi con reliquati di parametrite, e che tutte queste lesioni se riconosciute causa di disturbi devono essere curate come se l'utero fosse vuoto;

4.° che la minaccia d'aborto anzichè controindicare un'operazione deve invece eccitare a praticarla, quando ha punto di partenza da condizioni peculiari rimovibili, creanti stimoli che sarebbero essi pure rimossi, essendochè l'utero sopporti meglio una stimolazione momentanea che non una continua;

5.° che naturalmente devono essere messe in pratica tutte quelle precauzioni le quali valgono a sminuire le eccitazioni che si portano sul viscere ed a reprimerne gli eventuali effetti

Contributo all'etiologia, patogenesi e cura dell'osteomalacia puerperale

PEL

DOTT. CLEMENTE CALIMAN PAVIA

(Continuazione, vedi pag. 212).

Lo Schauta poi fondandosi su un caso operato a Vienna dallo Späth nel 1877, in cui l'osteomalacia guarì quantunque nell'operazione cesarea siano state lasciate in sede le ovaie e la demolizione avesse interessato il solo corpo uterino, e rilevando come in taluni casi l'osteomalacia presenti un periodico peggioramento ad ogni ricorrenza mestruale, si mostra inclinato a credere che il miglioramento dell'osteomalacia sia dovuto alla soppressione non della possibilità di nuove gravidanze, come vorrebbe Zweifell, non della ovulazione e delle altre vicende ovariche, come vorrebbe Fehling, bensì semplicemente del fenomeno mestruazione. Con tale teoria lo Schauta spiegherebbe come la guarigione si possa avere e colla demolizione delle ovaie e con quella del solo utero. Ma il Truzzi obbietta all'ipotesi dello Schauta, che le storie cliniche dei casi di castrazione per osteomalacia sono concordi nel dimostrarci che il miglioramento che ne viene all'ammalata è così immediato, così prontamente sensibile, da non poter essere unicamente attribuito alla lenta influenza favorevole dell'esonero del tributo mestruale; il vantaggio non dovrebbe in tal caso appalesarsi che dopo qualche mese, non a distanza di poche settimane, e sto per dire di pochi giorni dalla praticata castrazione.

Infine il Truzzi in base al fatto che nelle ovaie da lui estirpate non gli fu dato mai di trovare in esse alcuna alterazione, spiega il miglioramento e la guarigione che si hanno in seguito alla castrazione in modo diverso da quello del Fehling, dello Zweifell e dello Schauta. Egli dice che i fatti clinici non si presentano all'osservazione assolutamente a favore del concetto che l'osteomalacia sia una nevrosi riflessa

avente il suo punto di origine nell'ovaia. Basti il dire che si vede insorgere ed aggravarsi l'osteomalacia durante la gravidanza, cioè in quell'epoca in cui vera ovulazione non esiste, limitandosi forse il lavoro ovarico ad una insufficiente maturazione di follicoli senza il fenomeno della deiscenza dei medesimi. Dopo il parto il contrasto è ancora più evidente: se la donna affetta da osteomalacia non allatta, la malattia tende a migliorare, malgrado che l'ovulazione e la mestruazione ripiglino il loro metro: se la donna allatta, la malattia per solito si aggrava per quanto durante questo periodo l'attività genitale sembri, come dice il Tarnier, accaparrata dalle mammelle e l'ovulazione si compia in modo silenzioso, per solito senza neppure la concomitanza del fenomeno mestruazione. E poi mentre il Fehling invoca a sostegno della propria tesi l'argomento della maggiore fertilità delle osteomalaciche quale espressione di un'esaltata attività ovarica, giova ricordare che l'osteomalacia per quanto più raramente colpisce però anche donne nullipare e per cause che non dimostrano alcuna relazione colle vicende della vita sessuale. Nella statistica di Litzmann le nullipare figurano in numero di 35 su 120 donne; in quella di Collineau 14 su 43; in quella di Durham sonvi 41 casi su 132 nei quali l'osteomalacia ha colpito donne nè gravide, nè puerpere da pochi giorni. E poi casi di osteomalacia si hanno anche negli uomini: nella statistica raccolta da Litzmann si trovano sopra 131 casi 11 appartenenti al sesso maschile: 7 su 50 figurano nella statistica di Collineau e 13 su 145 in quella di Durham. E chè, si può forse considerare per criterio di analogia che l'osteomalacia dell'uomo sia pur essa una trofoneurosi avente sua origine dai testicoli?

Ed infine contro la teoria del Fehling deporrebbero gli studi che abbiamo più sopra ricordati di Maresch, di Roloff e di Haubner sull'osteomalacia degli animali, i quali starebbero a dimostrare come la malattia in discorso possa trarre origine da malsana qualità degli erbaggi, da deficienza negli stessi di fosfati di calce, mentre nulla appoggia in tali casi il concetto di una trofoneurosi in relazione ad esaltata attività dell'apparato riproduttore. E perciò il Truzzi dice che dei benefici effetti della castrazione sull'osteomalacia, può essere data una spiegazione forse più convincente rinunciando all'idea che l'osteomalacia sia una nevrosi di origine ovarica, devoluta all'eccitazione riflessa dei nervi vaso-dilatatori dei vasi sanguigni dell'ossatura. Egli si mostra

inclinato a credere che i risultati della castrazione si debbano soltanto alla influenza che la soppressione della vita sessuale può indurre nella nutrizione dell'intero organismo. Ed invero si sa che il climaterio naturale si accompagna spesso a notevole modificazione della nutrizione generale dell'organismo muliebre. Ed il Tilt ha trovato che tali modificazioni consistono in un miglioramento della nutrizione generale: egli sopra 282 donne, esaminate a distanza di 5 anni dalla menopausa, trovò che

121 si erano irrobustite
71 erano rimaste stazionarie
90 erano dimagrate.

Il Glaevecke di Kiel (1) ha poi dimostrato che alla castrazione segue in taluni casi un aumento di peso, un miglioramento progressivo nello stato di nutrizione e una maggior resistenza dell'organismo. Egli ci offre in una somma di casi gli effetti della sola ablazione delle ovaia, in altra quelli dell'estirpazione dell'utero: la seguente tabella illustra le osservazioni:

Aumento di peso	Dietro castrazione	Dietro asportaz. tot. dell'utero
Nessuno	7.5 %	25 %
Limitato	35.0 %	42 %
Rilevante	57.5 %	32 %
Ingrassamento	**Dietro castrazione**	**Dietro asportaz. tot. dell'utero**
Nessuno	22.5 %	66.5 %
Limitato	35.0 %	8.4 %
Rilevante	42.5 %	25.0 %

(1) Glaevecke. « Koeperliche u. geistige Veränderungen im weibliche Körper nach Künstichen Verluste der Ovarien einerseitz u. des Uterus audererseitz. » *Arch. f. Gynäk.*, XXXV, Hft. 1, pag. 1.

Come si vede pertanto la sola estirpazione dell'utero apporta all'organismo muliebre, scarse e poco evidenti modificazioni, mentre la castrazione ingenera modificazioni profonde, per le quali ha luogo un vero climaterio artificiale affatto simile in tutti i punti a quello naturale. E che tale miglioramento della nutrizione nelle castrate sia dovuto al climaterio artificiale, non è infirmato dalle spiegazioni che ne danno il Brierre de Boismont ed il Krieger che lo riportano all'avvenuta cessazione dei mestrui e della gravidanza; chè quest'ultima, quantunque si verifichi anche nei casi di sola estirpazione dell'utero, non è punto accompagnata da così intenso nè frequente aumento corporeo delle operate, come avviene nei casi di sola castrazione. Perciò il Truzzi dice che non è del tutto inverosimile che quand'anche le ovaia di donne osteomalaciche non ci presentino anche in future osservazioni alcuna apprezzabile alterazione nè di struttura, nè di irrigazione vasale, la loro rimozione chirurgica in donne nell'età feconda possa portare effetti utili contro l'osteomalacia, in grazia di quelle sole modificazioni nello stato generale di nutrizione che si osservano in casi di climaterio artificiale. Contro questa ipotesi del Truzzi non mancano le obbiezioni ed egli stesso le ammette: così per esempio l'assenza e l'incostanza di lesioni può dipendere dalla insufficienza dei nostri mezzi di esami, oppure ovaie normali possono essere punto di partenza di grave neurosi; o le alterazioni delle ovaie possono essere soltanto funzionali e rappresentate, come vuole il Fehling, da una patologica esaltazione nella attività di tali organi. Comunque sia, pertanto non si può negare che la tolta possibilità di nuove gravidanze, vale come la migliore risorsa profilattica a scongiurare il pericolo di nuovi peggioramenti.

Infine a spiegare la patogenesi dell'osteomalacia, fu detto che il rammollimento delle ossa era dato dall'attività di bacteri. Fu Zürn il primo che attese alla ricerca di microrganismi in casi di un rammollimento osseo abbastanza analogo all'osteomalacia nel bestiame bovino, e trovò nelle ossa malate spore e micrococchi. Nel 1882 poi, pure il Winkel, considerando il carattere endemico della malattia, approvò che l'osteomalacia potesse essere di natura infettiva. Ed il Klebs nel 1888 pure si trovò propenso ad accettare questa teoria. In seguito il Kehrer in una sua comunicazione alla 42.ª adunanza dei naturalisti e medici tedeschi in Heidelberg, nel 1889, disse che non poteva respingere il

pensiero che l'osteomalacia sia l'opera di certi bacteri osteolitici. Disse anche che l'osteomalacia si compie in due atti: nel primo accade decalcificazione, nel secondo fusione della sostanza fondamentale decalcificata. Perciò pare perfettamente un lavorìo di bacteri, in cui osserviamo prima necrosi dei tessuti e poi consumo del tessuto morto per opera dei bacteri. E formula quindi un'ipotesi: non potrebbero forse bacteri formatori di acidi — e ve ne sono — penetrare nei vasi pel materiale nutritivo ad essi confacente, e decalcificare l'osso? Ed il Baumann pure in una sua dissertazione inaugurale caldeggiò nel 1889 tale idea, studiandosi anche di dare degli effetti della castrazione sull'osteomalacia una spiegazione, che fosse consentanea a tale concetto di una patogenesi da infezione: il virus, secondo lui, troverebbe un terreno eminentemente favorevole al proprio sviluppo nell'organismo muliebre indebolito da molte gravidanze, prediligendo come un luogo di minor resistenza le ossa pelviche colpite da stasi gravidica: per contrario le condizioni di suo sviluppo diventerebbero svantaggiose allorquando a quei momenti di iperemia attiva o passiva, che erano dapprima provocati dalle mestruazioni o dalle gravidanze, venisse a sostituirsi l'ischemia riflessa delle ossa pelviche, indotta dalla brusca soppressione delle ghiandole sessuali. Il Fehling stesso dice che egli pure ha per molto tempo coltivato consimili idee, a favore delle quali sembra parli in modo specialmente favorevole il carattere endemico della malattia: e realmente a lui non ripugna l'ammettere che in grembo alle acque od al terreno, analogamente a quanto viene dimostrato come verosimile per il gozzo dal Kocker, possano esistere bacteri, sotto la cui influenza, per una produzione di acidi, specialmente nel corso di gravidanza, vengano rese solubili le sostanze anorganiche delle ossa. Però soggiunge che tale dottrina male si accorda coi risultati della operazione Porro e specialmente della castrazione: come potrebbe infatti la semplice ablazione degli annessi uterini essere in grado di annullare in modo così repentino la attività di questi bacteri acidificanti, la cui sede dovrebbe essere ammessa in grembo all'ossatura? E tale obbiezione è pure fatta dallo Schauta, quantunque propenda pure lui ad accettare la teoria che crede l'osteomalacia aver un'origine parassitaria. Ma a tale obbiezione, cui, come più sopra ho riportato, ha risposto il Baumann, il Truzzi pure oppone che un eventuale reperto positivo che faccia considerare l'osteomalacia come un'affezione pro-

dotta da bacteri di un valore specifico, non sarebbe molto in disaccordo coi risultati positivi che ci dà la castrazione, se si accetti, come già ha dimostrato il Glaevecke ed io più su ricordato, che in seguito alla soppressione della vita sessuale tengano dietro modificazioni favorevoli nel ricambio sostanziale in tutto l'organismo muliebre: rinforzare l'organismo di fatti, aumentare le sue resistenze naturali, vuol dire rendere meno adatto il terreno allo sviluppo dei microrganismi, allo svolgimento della loro attività deleteria, quando pure i medesimi vi abbiano preso già stanza. E la teoria parassitaria si può pure mettere in correlazione colla teoria dell'emo-ipoalcalescenza, se si ricorda che tra le condizioni che possono modificare la refrattarietà del sangue pei microrganismi, può essere appunto annoverato il diverso grado di alcalescenza del medesimo.

Pare, secondo anche quanto venne affermato dal prof. De-Renzi al 3.° Congresso della Società italiana di medicina interna qui in Roma, che dagli alcalini venga esagerato il potere distruttore che spiega il sangue sui bacteri: egli ricorda le esperienze di Fodor, secondo le quali i conigli, anche dopo avere già contratta l'infezione carbonchiosa, possono coll'alcalinizzazione del sangue essere salvati dalla morte, e a proposito merita pure di essere menzionato il fatto che i ratti bianchi sono refrattari all'infezione carbonchiosa e ciò perchè, secondo le ricerche di Behring, il sangue ed i tessuti loro posseggono un alto grado di alcalinità e rendono perciò impossibile lo sviluppo dei bacteri; prova ne è che un'alimentazione esclusiva con vegetali e la somministrazione di fosfato acido di calcio, mezzi che producono una sufficiente quantità di acido nell'organismo, fanno perdere a questi animali la caratteristica loro refrattarietà contro la virulenza del bacillo carbonchioso. È per questi fatti che meglio che l'ingegnosa ipotesi di una lotta contro i microrganismi per parte delle cellule del nostro organismo (teoria fagocitaria del Metschnikoff), soddisfa a parecchi bacteriologi il principio che la resistenza opposta dall'organismo dell'uomo e degli animali contro i bacteri, più che di natura cellulare, debba essere di natura chimica e specialmente rappresentata dall'alcalinità del sangue e dei tessuti. — Comunque sia, finora veri risultati positivi che depongano in favore di tale teoria parassitaria non si hanno. Il Fehling in uno dei suoi casi di osteomalacia puerperale, ha raccolto il sangue durante l'operazione direttamente dai vasi tagliati e l'esame bacteriologico, pra-

ticato dal dott. Hägler, riuscì negativo e negativa fu pure la ricerca bacteriologica istituita sopra diverse ovaie appena estirpate. Anche il Truzzi imprese delle indagini bacteriologiche sul sangue di una donna osteomalacica facendo colture a piatto (in capsule Petri) in agar ed in gelatina, ed ebbe i seguenti risultati:

1.° in tutti quattro gli esperimenti fatti a una certa distanza uno dall'altro, e due prima dell'atto operativo e due dopo, quando le condizioni dell'inferma erano di molto migliorate, egli trovò sempre delle colonie che spiccavano per un colore violaceo molto pallido, molto più pallido, dice, di quello proprio alla caratteristica sostanza colorante violetta, che è prodotta dal noto *bacillus violaceus* delle acque dei fiumi;

2.° al microscopio tali colonie si presentavano costituite da cocchi, riuniti a gruppi, coll'apparenza di stafilococchi;

3.° nel sangue di altre tre donne osteomalaciche puerperali non trovò mai colonie analoghe alle antecedenti;

4.° ripetute le stesse ricerche in due gestanti sane ebbe risultato negativo;

5.° in un esperimento di controprova fatto sull'aria dell'istessa camera, nel dubbio che queste colonie, non ostante le scrupolose precauzioni prese, potessero originare da inquinazioni per via dell'ambiente esterno, non ebbe mai sviluppo delle colonie caratteristiche.

Finalmente un'ultima teoria è stata lanciata recentemente dal Petrone. Egli attribuisce il rammollimento delle ossa non ad un agente infettivo specifico, ma ad un fermento di attività biologica ben definita anche al di fuori dell'organismo, al fermento nitrico. Dice che lo hanno confermato in questa idea alcune esperienze da lui praticate, nelle quali ha notato che si ottiene del propeptone, varietà di albumina ritrovata finora solo nelle orine degli osteomalacici, semprechè si faccia agire l'acido nitrico-nitroso sull'albumina attraverso l'organismo o al di fuori di esso. E nei suoi esperimenti, non avendo potuto trovare un caso di osteomalacia su cui iniziare i suoi studi, parte dal punto opposto riproducendo sugli animali l'osteomalacia inoculandovi il fermento della nitrificazione. Egli passò ad inoculazione intravenosa sopra tre cani; uno dei quali trattò semplicemente con terra salnitrosa stemperata nell'acqua distillata e sterilizzata; mentre agli altri due inoculò culture pure dello stesso fermento nitrico sviluppato in acqua distillata, coll'aggiunta di piccola quantità di un sale ammoniacale e di un car-

bonato alcalino. Tra tutti i sintomi clinici osservati nei tre animali così trattati, rilevò, a distanza di un mese dall'inoculazione, che essi alle piccole pressioni sulle ossa o anche per semplice toccamento risentivano un esagerato dolore. Uno di questi cani, morto dopo due mesi e mezzo per polmonite, presentò le seguenti alterazioni istologiche del tessuto osseo: le lesioni non erano tanto avanzate da cagionare già deformazioni apprezzabili nello scheletro; però i femori messi a decalcificare in soluzione di acido nitrico 3 °/o mostrarono punti perfettamente decalcificati in corrispondenza della diafisi e della epifisi dopo 24-48 ore di soggiorno nel liquido; mentre la decalcificazione completa di tutto l'osso, anche in vicinanza dei punti precedentemente decalcificati, non si ottenne se non dopo 15 giorni di permanenza nel medesimo liquido giornalmente cambiato. Di più in corrispondenza di questi punti precedentemente decalcificati, si trovarono le maggiori alterazioni e lo spessore della sostanza compatta ridotta alla metà del normale. Sulle sezioni intiere poi ottenute nel centro della diafisi la cavità midollare si presentò inegualmente ingrandita, ed impiccolito il cercine di sostanza compatta. Si trattava di lacune non numerose, ma ampie, piene di midolla, comunicanti colla cavità centrale, divisi da essa da sottili tramezzi che ricordavano sotto tutti i rapporti quelle descritte dallo Howship nell'osteite rarefacente e nell'osteomalacia. Il fatto più importante però è pel Petrone l'accertamento della presenza dei sali dell'acido nitroso, prima nelle urine dei due cani suaccennati e poi in quelle di quattro donne osteomalaciche che egli ebbe in osservazione: la reazione dei nitriti poi l'ha riscontrata in tutti i sei casi; mentre provando su molte orine normali e patologiche il Petrone dice di non aver mai rinvenuto una simile reazione che egli crede molto più importante della semplice presenza del propeptone, dimostrando la reazione nitrica la natura del processo infettivo osteomalacico. Dice infine che anche l'analisi del sangue di due osteomalaciche ha dato risultati positivi, avendo egli rinvenuto fra i globuli sanguigni grosse cellule rotondeggianti riunite a preferenza a due che il Maggi chiama microrganismo specifico dei nitrati e il Winogradski fermento nitrico. Da tutto ciò egli ne deduce che il processo osteomalacico sia un processo di nitrificazione che si compie nell'interno dell'organismo. Quanto ai risultati ottenuti dal Fehling e seguaci colla castrazione, egli addebita il successo non all'esportazione delle ovaia, ma al cloroformio sommi-

nistrato a scopo anestesico, avendo esso una grande azione antisettica sul microrganismo della nitrificazione. Ed a prova di questa sua asserzione dice che Schlösing, Warington e Müntz hanno dimostrato che i vapori di cloroformio distruggono rapidamente e per sempre la vitalità del fermento nitrico.

Ma molte sono state e sono le obbiezioni che si fanno a questa teoria che a tutta prima parrebbe così ammissibile. Intanto circa al propeptone, mentre il Primavera afferma pure lui che nell'osteomalacia trovò sempre la propeptonuria vera, talchè ritiene che ogni volta che si ottenga un tale reperto, si debba subito pensare all'osteomalacia, come del morbo più probabile; il Truzzi in sei esami fatti dell'urina di una osteomalacica, tre avanti e tre dopo l'operazione, trovò la propeptonuria in due volte scarsissima o dubbia, e in quattro affatto mancante. Lo Jaksch poi dopo aver narrato due casi di osteomalacia della Clinica di Nothnagel, in cui non gli riuscì di trovare traccie di propeptone, conclude così: « L'importance clinique de ce corps trouvé dans l'urine, est jusqu'à présent très faible, et on ne peut tirer de sa présence aucune conclusion certaine. » Ancora se il Petrone nel sangue osteomalacico ha trovato il fermento nitrificante, il Truzzi ed il Conti invece vi hanno trovato una sorta di bacillo simile al *bacillus violaceus* delle acque dei fiumi.

I dott. Curatulo e Tarulli di Roma poi hanno ultimamente voluto controllare sperimentalmente la teoria del Petrone. Essi hanno prodotto negli animali la nitrificazione dell'organismo iniettando nel cellulare sottocutaneo grandi quantità di culture pure del microrganismo della nitrificazione, ma non ebbero mai osteomalacia.

Quanto poi alla reazione dei nitriti nelle orine, tanto il Bossi di Genova, quanto i dott. Zuccaro e Trotta, dicono di averla ricercata coi metodi di Griess e del Petrone e di averla ottenuta costantemente tanto prima che dopo l'atto operativo, quando praticavano l'esame da 18 a 24 ore dopo l'emissione; non la rinvennero mai invece quando l'esaminarono tosto emessa. Il dott. Zuccaro poi istituì anche esperimenti di controllo, ed esaminando urine di altri infermi, ed anche di persone sane, osservò che la reazione dei nitriti, assente o minima nelle orine appena emesse, si faceva sempre più sensibile a misura che le orine soggiornavano per un certo numero di ore fino alle 24. Pertanto anche la presenza dell'acido nitroso o nitrico nelle

urine degli osteomalacici che il Petrone vorrebbe elevare a sintoma patognomonico di tale malattia pare infirmata; anzi si potrebbe dedurne che i nitriti nelle urine delle 24 ore non sono speciali delle donne osteomalaciche, ma sono conseguenza della decomposizione delle urine medesime, la quale, come Goppelsröder ha dimostrato, altro non è che una nitrificazione delle sostanze azotate in esse contenute.

Finalmente è stata emessa nell'ultimo Congresso ostetrico-ginecologico tenutosi in Roma verso la fine dell'Ottobre dell'anno scorso, una nuova teoria dal prof. Curatulo e dal dott. Tarulli. Essi nei loro esperimenti si sono specialmente proposti di studiare con una serie di ricerche sperimentali sugli animali, quale sia l'influenza dell'ablazione delle ovaie sul metabolismo organico, tenendo di mira specialmente alla curva dell'azoto e dell'anidride fosforica eliminati per le orine e a quella dell'acido carbonico eliminati per la respirazione, nonchè infine alla curva del peso. Hanno quindi emessa una nuova teoria sulla secrezione interna delle ovaie nella quale trovano confaciente spiegazione della guarigione dell'osteomalacia dopo l'ovariectomia.

Essi hanno tenuto gli animali d'esperimento a dieta costante prima della castrazione, fino ad avere una media quasi invariata nell'eliminazione dell'azoto e dei fosfati; e tale dieta poi, che naturalmente variava a seconda del peso dell'animale, rimaneva uguale anche dopo la castrazione.

Ed hanno ottenuto i seguenti risultati:

1.° l'ablazione delle ovaie determina una notevole influenza sul ricambio materiale manifestantesi con un rallentamento delle ossidazioni organiche, specie per quanto concerne l'eliminazione dell'anidride fosforica e dei fosfati e l'esalazione dell'acido carbonico;

2.° dopo la castrazione diminuisce considerevolmente la curva dei fosfati eliminati per le urine, come diminuiscono l'acido carbonico e l'acqua eliminati per la respirazione: per l'azoto eliminato dopo l'ovariectomia si hanno soltanto lievi oscillazioni;

3.° negli animali castrati la curva del peso sale gradatamente fino a raggiungere considerevoli proporzioni.

Hanno poi fatto una controprova: essi nelle cagne castrate ed in cui si era avuto una rimarchevole diminuzione nell'eliminazione dei fosfati, hanno iniettato nel cellulare sottocutaneo una certa quantità di succo ovarico ottenuto dalle ovaie di vitello, ed hanno notato che

la quantità dei fosfati ritornava ad aumentare come si aveva prima della castrazione.

Perciò hanno formulata la teoria che le ovaie hanno una specie di secrezione interna, che immettono cioè continuamente nel sangue un prodotto secretivo, capace di favorire l'ossidazione delle sostanze organiche fosforate e dei grassi. Quindi è che coll'ablazione delle ovaie si avrebbe una ritenzione maggiore del fosforo organico, donde un maggior accumulo di sali calcarei sotto forma di fosfati calcico e magnesiaco ed il ripristino della solidità normale dello scheletro.

Molte sono le obbiezioni che si possono muovere a tale teoria che a tutta prima pare tanto attraente. Quel *quid* secreto dalle ovaie sarebbe fisiologico e solo aumentato in quantità nell'osteomalacia per un' esaltata attività funzionale delle glandole sessuali, oppure sarebbe un prodotto patologico? In ambedue i casi resterebbe poi sempre da spiegarsi come tal secrezione venga ad aumentare in quantità se fisiologica, non potendosi ciò riportare soltanto alle gravidanze multiple, essendovi casi di osteomalaciche in donne non rimaste mai gravide; e quale la sua natura se patologico. I dottori Curatulo e Tarulli hanno castrato delle cagne ed hanno veduto la diminuzione dell'eliminazione dei fosfati; poi hanno loro iniettato del succo ovarico ed hanno veduto aumentare di nuovo l'eliminazione dei fosfati. Ebbene, perchè, pur lasciando in sito le ovaie all'animale di esperimento, non gli hanno iniettato succo ovarico ottenuto dalle ovaie di animale della stessa specie? Allora solo avrebbero potuto convalidare la loro ipotesi: perchè se la loro teoria fosse giusta, con tale esperimento, venendo ad essere aumentato nell'organismo quel *quid* secreto dalle ovaie, avrebbero prodotto un' osteomalacia sperimentale. E se tal prodotto delle ovaie viene immesso nel sangue, com'è che il processo morboso osteomalacico, invece di estendersi ugualmente a tutte le ossa dello scheletro, spesso si limita ad attaccare solo il bacino? D'altra parte poi non da tutti è ammesso che nell'osteomalacia vengano colle orine ad essere emessi in maggior quantità i fosfati calcici e l'acido fosforico: Möers e Muck, Langendorff e Mommsen, nonchè lo Schmuziger non trovarono tale aumento non solo, ma talora videro diminuita l'eliminazione di tali sostanze; il Fehling poi, come più sopra ho detto, in esperimenti comparativi su donne osteomalaciche e donne sane, ha trovato che l'eliminazione quotidiana della calce e dell'acido fosforico si rivelava in proporzioni più

scarse nelle osteomalaciche che non nelle donne normali. In questi casi certamente non si potrebbe attribuire il processo morboso a quel *quid* secreto dalle ovaie che secondo i dott. Curatulo e Tarulli sarebbe il momento patogenetico dell'osteomalacia, agendo per la maggior ossidazione delle sostanze organiche fosforate. Ed infine come si spiegherebbe colla nuova teoria la relativa endemicità della malattia? Come le guarigioni, rare ma avvenute, dell'osteomalacia pur avendo conservate le ovaie? Come i casi di osteomalacia negli uomini?

Cosicchè in definitiva la patogenesi dell'osteomalacia resta tuttora una questione sub-judice: per me essa deve essere molto complessa e fino a miglior dimostrazione delle altre teorie sulla patogenesi di tal processo morboso, credo che le gravidanze multiple predispongano alla malattia per la denutrizione che esse generalmente apportano: che la malattia abbia inizio per deficiente alimentazione specie poi per menomata introduzione di sali calcarei da un lato e dall'altro, per maggior consumazione di questi a pro' della costituzione del sistema osseo del feto; e che infine essa venga aumentata dal deperimento consecutivo stesso e dalla emo-ipoalcalescenza del sangue che lo accompagna; e mi associo al prof. Truzzi nel credere che i risultati della castrazione debbano riportarsi all'influenza che la soppressione della vita sessuale induce sulla nutrizione dell'intero organismo, fatto provato anche dal Tilt e dal Glaevecke. Comunque mi auguro che ulteriori studi ci mettano sulla buona strada e sciolgano questo problema che riguarda una malattia che, se, grazie al cielo, non è frequente, pure riduce le povere inferme in uno stato deplorevole e talora le conduce a morte per una lenta denutrizione e cachessia.

Ed ora passiamo alla terapia di questa curiosa osteopatia, la quale, se non altro, talora ci dà buoni risultati, quantunque non sia spiegato peranco come ciò si ottenga.

CAPITOLO III.

Cura dell'osteomalacia puerperale.

Dovendo la cura razionale essere soltanto fondata sui criteri del processo eziologico, incerta è finora la terapia di questo morbo. Io parlerò dapprima della profilassi e poi della cura medica e chirurgica.

La profilassi si compendia in poche parole: aria buona, alimentazione corroborante, abitazione sana, ed impedimento a ripetute gravidanze ed allattamento prolungato. E questo miglioramento delle condizioni igieniche va sempre accompagnato a qualunque cura s'intraprenda, riuscendo esso di grande vantaggio alle inferme ed avendosi avuto nella letteratura perfino casi di guarigione pel solo uso di tali mezzi profilattici.

Quanto alla terapia medica moltissimi sono i rimedi vantati per la guarigione dell'osteomalacia. I più importanti sono i preparati di ferro, l'olio di fegato di merluzzo ed il latte di vaccina cui sia stato aggiunto acqua di calce (da $^1/_2$ ad 1 litro al giorno). Trousseau trovò vantaggiosa l'azione del caldo, il quale si potrebbe impiegare o sotto forma di bagni o di vapore acqueo o coll'impedire la dispersione del caldo naturale del corpo per mezzo del cotone o della tela cerata. Il Kehrer preferisce i bagni minerali. Il fosforo però è quello che tiene il primo posto. Il Latzko dice di averlo usato con successo in 11 casi: in uno di questi, in cui aveva già praticato la castrazione sotto la narcosi cloroformica, ma con risultato poco felice perchè dopo 10 mesi i disturbi si esagerarono di nuovo, colla fosforo-terapia ordinando ogni giorno un cucchiaio della seguente soluzione:

Fosforo	0,03-0,05
Olio di fegato di merluzzo . . .	100

ottenne una buona guarigione. Il Latzko conclude che la dose di 4 mgr. per giorno deve considerarsi come la massima, essendo bastata nel maggior numero dei suoi casi, curati con fosforo, e perciò la raccomanda come di azione sicura. E lo Sternberg che pure ebbe guarigioni coll'uso di olio di fegato di merluzzo fosforato, dice che nel caso che

tal trattamento curativo non venga sopportato si può sostituire la seguente ricetta:

Pr.	Burro recente	300,00
	Joduro di potassio	0,15
	Bromuro di potassio	0,50
	Cloruro di sodio	5,00
	Fosforo	0,01

M. S. Da prendersi in 3 giorni su fette di pane.

E come il Latzko e lo Sternberg, il Busch, il Matterstock ed altri hanno pubblicati esiti favorevoli avuti da tale terapia; mentre invece il Fehling e lo Schauta hanno adoperato il fosforo senza alcun successo.

Il Petrone poi, basato sulla sua teoria che considera l'osteomalacia come data dal fermento nitrico, e sorretto da alcuni suoi esperimenti sull'azione del cloroformio e suoi composti chimici affini su culture pure del nitrificante, nonchè dagli scritti dello Schlösing e del Müntz, e dalle ricerche del Warington che dimostrarono che i vapori di cloroformio distruggono rapidamente per sempre la vitalità del fermento nitrico, ha riportato tutti i casi di osteomalacia guariti colla castrazione, non all'effetto di questa, ma invece all'effetto della narcosi cloroformica usata a scopo anestetico. E consiglia quindi il cloroformio e il suo affine, il cloralio, come veri specifici per curare il processo osteomalacico; egli ottiene la guarigione dopo 15 giorni circa di cura, amministrando giornalmente alle inferme 2 grammi di cloralio in soluzione acquosa da bersi a riprese nel corso della giornata. Favorevole a tale ipotesi sarebbero il fatto dello Schauta, cui non guarì una donna da lui operata di castrazione sotto la narcosi conseguita coll'etere e gli altri del Latzko e del Tibone che videro guarire due donne colla semplice amministrazione del cloralio. Ma ad altri fallì completamente la prova. Morisani in una riunione della Società italiana di Ostetricia e Ginecologia tenutasi in Roma nell'Ottobre del 1894, asserì che nella sua Clinica la cura del Petrone fatta per mesi e mesi non dette risultato di sorta. Ed il Bossi di Genova somministrò ad una ammalata 2-4 gr. al giorno di idrato di cloralio, giungendo talora anche a 6 e sospendendo di quando in quando e ciò per 4 mesi. In tal periodo di tempo invero l'inferma asseriva di avere meno sofferenze, ma ciò

doveva dipendere non dall'effetto curativo della malattia, ma dall'azione abitualmente calmante di questo rimedio: cessando infatti dal somministrarlo i fenomeni osteomalacici ricomparivano. Altri pure, come i dottori Trotta e Zuccaro, sperimentarono il metodo curativo proposto dal Petrone, ma nè dalla narcosi cloroformica della durata di 3[4 d'ora, facendo inalare gr. 35 di cloroformio, nè dalla somministrazione quotidiana di 2 gr. di cloralio per 15 giorni consecutivi, le inferme ebbero beneficio alcuno. E, come ho riportato nella storia della mia osteomalacica, pure il prof. Pasquali volle tentare in essa la cura col cloralio, ma essa non sortì alcun effetto favorevole.

La cura medica quindi, almeno finora, non ha avuto che risultati poco soddisfacenti e affatto passeggieri: invece nuove vie si aprirono alla terapia dell'osteomalacia per mezzo di un trattamento chirurgico.

Operazioni chirurgiche si sono praticate già da molto tempo sulle osteomalaciche, ma non allo scopo di guarirle dalla loro malattia, sibbene per liberarle del bambino che, causa la ristrettezza del bacino, non poteva essere spontaneamente partorito. E quindi fu praticata o la cefalotripsia o il taglio cesareo. Oggi invece si interviene sulle donne soggette a tale processo morboso con un'operazione, che in primo tempo non fu proprio intrapresa nell'intento di influire beneficamente sull'osteomalacia, ma anzitutto per rendere possibile il parto ostacolato assolutamente dal fatto osteomalacico, coll'operazione Porro. Fu il Fehling, che, visto che si avevano miglioramenti e guarigioni in tutte le osteomalaciche, operate di cesarea Porro, pensò che la castrazione potesse aver influenza sull'arresto dell'osteomalacia, e perciò nel Gennaio 1887 fece la prima operazione di questo genere in una forma di osteomalacia puerperale, ed ottenutane la guarigione, propose come miglior mezzo di cura contro tale malattia la doppia ooforosalpingectomia. Tale sistema di cura fu seguito subito da altri operatori quali l'Hoffa, il Müller, il Winckel, il Baumann, l'Hofmeier, lo Schauta, il Lihotzki, l'Herzfeld, il Truzzi, il Löhlein, il Chrobak, il Runge, il Kermarszky ed altri: ed i successi furono tutti splendidi. Questo processo di cura è rapidissimo: già 20-30 giorni dopo l'atto operativo le malate che erano costrette continuamente a letto con dolori enormi, possono fare qualche passo ed i dolori sono diminuiti; più tardi dopo 3-4 mesi la malattia è quasi del tutto scomparsa, e le malate possono ritornare di nuovo alle loro occupazioni.

Zweifel propose di legare soltanto le trombe. Quest'idea sarebbe giusta se le donne osteomalaciche le quali non rimangono più incinte per altre ragioni, dovessero trovarsi, sotto il rapporto diagnostico della guarigione delle loro sofferenze, nello stesso stato che quelle rese sterili coll'arresto dell'evoluzione e della mestruazione per mezzo della castrazione. Ma vi sono abbastanza casi che comprovano come l'osteomalacia, sorta durante o dopo una gravidanza, non sia venuta a guarigione, anche quando nessuna altra gravidanza succedette, e quindi un tale individuo potesse essere considerato sterile.

Il Truzzi poi basandosi sopra casi anche personali, nei quali dopo la semplice castrazione ovarica persistettero metrorragie atipiche, nè si ebbe una sosta durevole del processo osteomalacico, ritiene preferibile all'estirpazione delle ovaia la completa castrazione utero-ovarica, come quella che può anche influenzare maggiormente in modo favorevole il decorso dell'osteomalacia, in ragione della più estesa e profonda demolizione dell'apparato generatore. L'ovaro-isterectomia poi, dice, va praticata preferibilmente per la via vaginale come già fece anche Carle e Schauta: quando ciò sia impedito dall'angustia pelvica, si può ricorrere alla via addominale.

Quale sia il rapporto tra castrazione ed osteomalacia, ancora non sappiamo: comunque, considerata l'efficacia di tale operazione, non si può far a meno di consigliare tale risorsa terapeutica, quantunque tuttora affatto empirica, quando la cura igienica e medica non siano riuscite a produrre la guarigione del processo morboso osteomalacico.

CAPITOLO IV.

Storia clinica.

Musetti Palma, d'anni 42, donna di casa, nata e residente ad Afile (provincia di Roma e circondario di Subiaco), entra nella Clinica ostetrica ginecologica il giorno 15 Novembre 1894. Il padre è morto a 70, la madre ad 80 anni per malattie intercorrenti, nei fratelli e nelle sorelle nulla che abbia rapporto colla presente malattia. L'inferma ha goduto sempre ottima salute e benchè di costituzione sana e robusta fu mestruata per la prima volta solo all'età di 17 anni. Da allora il catamenio

è stato sempre regolare per comparsa, di quantità piuttosto abbondante, della durata di 7, 8 giorni, senza dolori. D'importante si nota solo questo, che le continuarono sempre le mestruazioni, a tipo regolare, anche durante i varii allattamenti. Andò a marito all'età di 28 anni ed ebbe 5 gravidanze, tutte a termine, seguiti da parti spontanei e facili. Dei figli il primo e l'ultimo morirono, quegli subito dopo nato non si sa per qual ragione, questi dopo tre mesi di vita, a dire dell'inferma, per polmonite. Gli altri tre sono tuttora viventi e godono florida salute.

Durante i varii allattamenti vi è di notevole che nel 1.° oltre il mestruo regolare, ebbe una forte metrorragia che la ridusse in fin di vita; nel 3.° ebbe pure un'altra perdita di sangue soprannumeraria alle normali; nel 4.° poi, dopo 8 mesi che allattava, ebbe una metrorragia che la obbligò a smettere l'allattamento, e per 9 mesi consecutivi a tal accidente continuò ad avere piccole perdite sanguigne quotidiane dalla vagina, che la indebolirono estremamente.

È dopo questi nove mesi, nel Settembre 1888, che rimase incinta per l'ultima volta. Durante i primi otto mesi di questa gravidanza la inferma asserisce di non aver sofferto mai dolore alcuno, nè di aver avuto mai perdita alcuna di sangue dagli organi genitali; nel nono mese invece cominciò a percepire una specie di peso con senso di stiramento al bacino e alle coscie che si esacerbava nella deambulazione. La posizione a sedere non le dava alcuna dolenzia; sentiva invece discreto dolore quando a letto tentava qualche movimento. Il parto si espletò felicemente ed in breve tempo il 20 Maggio 1889. Subito dopo però, al principio del puerperio, cominciarono dolori forti e profondi alla regione anteriore delle coscie, all'articolazione sacro-iliaca e a tutto il bacino. Tali dolori erano continui, esacerbantesi nei movimenti che l'inferma faceva per coricarsi sui fianchi dalla posizione supina. Dice di aver passato perciò tre mesi alternando la sua vita tra il letto ed una sedia: la deambulazione riuscendole difficile, claudicante e dolorosa; solo sentiva qualche sollievo dall'applicazione di panni caldi sui punti che più le dolevano. Allattò tuttavia, come abbiamo detto sopra, il proprio bambino per tre mesi, e dopo, quando questi fu condotto a morte da una polmonite, essa continuò per altri 4 mesi a dar latte ad una sua bambina di tre anni. Abbandonato l'allattamento, l'inferma dice che si sentì migliorare e riporta tal fatto ad una cura di sciroppo del Ruspini che essa aveva iniziato da alquanto tempo.

Essa di fatti cominciò a poter uscire di casa, sorretta dapprima da una donna che l'accompagnava ovunque essa andava, e poi a poco a poco riuscendo a camminare da sè senza alcun sostegno. Nell'inverno del 1890 stette piuttosto bene; la dolenzia alle varie ossa era pressochè scomparsa ed essa asserisce che andava anche a prender acqua ad una certa distanza da casa sua ed accudiva a tutte le faccende di casa. Ma sopraggiunta la primavera, l'inferma ricominciò a sentir forti dolori alle coscie, che non le permettevano di camminare senza il bastone; però non fu obbligata a tenere il letto. Tali dolori scomparvero quasi del tutto, sempre, afferma l'inferma, sotto la cura del joduro di ferro. Nel Febbraio 1892 però, riappaiono i dolori alle coscie, alle creste degli ili e alle sinfisi sacro-iliache, non continui ma a tipo intermittente. Da allora in poi tali dolori andarono sempre più esacerbandosi e a nulla valse una continuata ed ostinata cura di sciroppo Ruspini. A ciò, a cominciare dal Gennaio 1894, essendosi unita una completa amenorrea e vedendo l'inferma che andava via via emaciandosi ed indebolendosi, decise il 24 Ottobre 1894 a chiedere ricovero all' Ospedale di S. Giovanni, ove fu accettata e collocata nel letto N. 19 della Corsìa Margherita. Qui fu sottoposta ad una cura igienica e corroborante, in seguito alla quale essa migliorò alquanto ed il giorno 9 Novembre le riapparve il mestruo.

L' inferma ha abitato da 16 anni un paese elevato (Afile presso Subiaco), al 2.° piano di una casa asciutta. La camera da letto aveva due finestre in un cortile interno con poca luce, ma l' altra camera, che serviva da cucina, era esposta a mezzogiorno. Non soffrì mai di reumatismo. Il suo nutrimento era costituito quasi esclusivamente di farinacei e di erbe: carne quasi mai: vino rarissimamente.

In tutto il decorso della malattia niente altro di notevole: l'inferma è sempre stata apirettica: le funzioni gastro-intestinali sono sempre state buone.

Esame obbiettivo. — Costituzione scheletrica deformata. Masse muscolari flaccide, pannicolo adiposo quasi scomparso. Colorito della cute tendente al terreo. L'altezza della persona che con sufficiente approssimazione si è potuta calcolare essere stata prima della presente malattia di m. 1,51, è ora ridotta a m. 1,47. Non vi sono segni di antecedente rachitide, nè di sifilide pregressa nè in atto. Nulla di notevole nel capo; la fronte è piuttosto alta, i capelli e le iridi di color castagno

scuro; la dentatura è in gran parte cariata e mancante. Nel torace non si nota altro che gli spazi intercostali quali più quali meno ampi. Lo sterno non è deformato: le mammelle sono pendenti ed avvizzite. I polmoni sono nei confini normali: cuore con suoni e toni normali: la punta batte all'esterno della linea mamillare dietro la 5.ª costola. Il ventre è prominente, a pera: sulla cute addominale si vedono le strie argentine dovute ai parti pregressi. Il fegato e la milza sono nei confini normali. Sensi ed intelligenza ben conservati. Tutto il tronco è ridotto ad una massa informe, cadente e quasi quadrata. La colonna vertebrale è deviata ma non in modo notevole: in corrispondenza della porzione lombo-sacrale l'insellatura è diminuita, come è diminuita la sporgenza del sacro, in modo che la superficie sembra quasi piana.

Portando l'attenzione alla regione dei fianchi, si nota molto diminuita la sporgenza delle ali dell'osso innominato, le quali alla palpazione sembrano quasi raddrizzate e come leggermente rivolte coi loro bordi internamente. Mettendo in confronto la distanza tra la base del torace e il limite superiore della grande pelvi, notiamo come questa distanza sia molto diminuita, in modo che le false costole stanno a livello delle creste iliache e i tessuti esterni si vedono a questo livello ripiegati su loro stessi, come risultato del ravvicinamento della porzione superiore del tronco all'inferiore. All'esame esterno e alla palpazione della porzione anteriore del bacino, si nota che, a partire dalle spine iliache anteriori inferiori del bacino, esiste là dove si trova la eminenza ileo-pettinea un rientramento delle ossa (branche orizzontali del pube) dello stretto superiore, e queste branche orizzontali del pube si trovano ravvicinate fra di loro e convergenti fino ai corpi del pube, dove si nota che questi si uniscono nella sinfisi ad angolo acuto od a becco.

All'esplorazione vaginale si nota un notevole riavvicinamento degli ischi e delle branche ischio-pubiche, in modo che l'arcata del pube normale è ridotta anche qui ad un angolo abbastanza acuto. Si avverte anche che la obbliquità della direzione delle piastre cotiloidee d'ambo i lati è accentuata, in modo che la convergenza in basso di essa (convergenza ad imbuto) è anche accentuata. Tentando di raggiungere la faccia anteriore del sacro, si sente l'apice col coccige ridotto ad un tubercolo osseo, trattenuto alla punta del sacro come da un tessuto fibroso e spostabilissimo dall'avanti all'indietro: la faccia anteriore del

sacro poi non si può raggiungere per la aumentata curvatura di essa, curvatura che corrisponde ad una concavità anteriore, ed a una convessità posteriore. Si riesce però con facilità a raggiungere il promontorio, il quale si trova più sporgente e ad una distanza dal margine inferiore delle sinfisi del pube di 98 mm.

Passando alla pelvimetria si hanno le seguenti misure:

Circonferenza pelvica	88,0	cm.
Distanza fra le spine iliache anteriori-superiori	25,5	»
Distanza fra le due creste iliache	28,0	»
Diametro di Baudelocque o coniugata esterna	21,5	»
Diametro promonto sotto pubico o coniugata diagonale . .	9,8	»
Diametro trasverso esterno o bitrocanterico	31,0	»
Diametro trasverso o bisischiatico	7,0	»
Distanza fra le due faccie interne delle branche ischio-pubiche presa alla loro metà	4,5	»
Distanza presa nel terzo inferiore delle piastre cotiloidee .	9,0	»
Altezza del pube	4,2	»

La deambulazione è claudicante e nella claudicazione vi è inclinazione prevalentemente a sinistra. L'inferma sta senza grave disturbo nella stazione eretta, ma non a lungo; preferisce naturalmente star seduta o a letto. I dolori sono forti, ma non insopportabili, continui e spontanei: sono più pronunziati alla radice delle coscie, alle creste iliache, alle sinfisi sacro-iliache, alla porzione lombo-sacrale della colonna vertebrale. Tali dolori crescono colla pressione, ma il semplice toccamento non dà luogo a forte recrudescenza della dolenzia. A letto l'inferma preferisce la posizione supina, quella sui fianchi recandole più dolore.

Riassunto del diario e del trattamento curativo. — L'inferma entra in Clinica il giorno 15 Novembre 1894, ma continuando le mestruazioni che le erano cominciate il giorno 8 Novembre mentre ancora si trovava degente all'Ospedale di S. Giovanni, non si prescrive alcuna cura di retta contro la malattia, se non il riposo a letto e buona nutrizione.

Il giorno 18 Novembre cessato il mestruo, si inizia una cura di cloralio alla dose di 2 gr. al giorno in 100 gr. di eccipiente. Tale cura fu continuata fino al 26 Dicembre, giorno in cui fu sospesa a scopo di osservazione chimica delle orine. Durante il tempo in cui la malata fu

sottoposta a tal trattamento terapeutico, non si ebbe mai miglioramento di sorta, se si toglie qualche leggiera migliorìa seguita alle recrudescenze dei dolori che si manifestavano avanti l'epoca mestruale.

Dal giorno 26 Dicembre al 13 Febbraio l'inferma continuò a sentire forti dolori alle pelvi e alle coscie: la deambulazione fu sempre stentata e dolorosa: si lagnò anche di dolori muscolari. Nessuna cura medicamentosa: nutrizione corroborante e riposo. Le mestruazioni furono regolari per comparsa, qualità e quantità.

Il giorno 13 Febbraio 1895 si incomincia la cura col sciroppo di ipofosfiti di Fellows, 5 gr. del quale contengono:

Ipofosfiti di calce	gr.	0,12
» di potassa	»	0,045
» di ferro	»	0,045
» di magnesio	»	0,045
» di chinina	»	0,03
» di stricnina	»	0,001.

Se ne prescrive 2 cucchiai al giorno, uno alla mattina ed uno alla sera. E tale cura fu continuata fino a pochi giorni prima dalla sua uscita dalla Clinica. Durante tutto questo tempo (dal 13 Febbraio al 22 Marzo 1895) l'inferma non ha manifestato mai alcun miglioramento: i dolori sono sempre stati forti, continui, specie alla pelvi e alle coscie; talora poi ha avuto anche dolori agli arti superiori con contratture dei flessori delle dita. Il catamenio è sempre stato regolare. In tutto il tempo di degenza in Clinica, l'ammalata ha avuto sempre buon appetito: la funzione della defecazione è sempre stata piuttosto normale; con leggiera stipsi. L'emissione delle orine è stata regolare.

Al suo egresso dalla Clinica (24 Marzo 1895) l'inferma è migliorata nella nutrizione generale, ma i dolori non sono per niente diminuiti. Essa si regge in piedi e cammina senza alcun sostegno, ma stentatamente e in modo claudicante. Essa lascia la Clinica non avendo più fiducia nelle cure medicamentose, e d'altra parte essendo contraria all'operazione di istero-ovariectomia, a cui la si sarebbe sottoposta onde guarirla radicalmente del suo morbo se essa avesse annuito.

Nella pagina seguente riporto uno specchietto delle analisi dell'orina dell'inferma, fatte pel periodo di un mese nel laboratorio di materia medica della nostra Università.

TABELLA DELLE ANALISI

Data	Quantità c. c.	Colore	Reazione	Densità	Urea gr. ‰	Azoto totale gr. %
29 Dicembre 1894	1580	ambra	acida	1016	10,408	5,60
31 » »	1600	»	»	1019	13,01	8,40
1 Gennaio 1895	1340	ambra car.	»	1016	11,709	6,44
2 » »	1180	»	»	1019	13,010	7,80
3 » »	1010	ambra	»	1018	13,010	9,24
4 » »	1160	»	»	1018	11,709	8,40
5 » »	1000	»	»	1015	12,810	9,52
6 » »	1200	»	»	1017	13,010	6,72
7 » »	1030	»	»	1017	11,709	7,00
8 » »	1100	»	»	1018	13,010	7,84
9 » »	1400	»	»	1017	14,301	7,84
10 » »	720	»	»	1020	14,301	7,56
11 » »	1200	»	»	1018	10,408	6,60
15 » »	920	»	»	1015	15,612	5,60
16 » »	1400	»	»	1015	13,010	4,76
17 » »	1260	»	neutra	1016	10,408	6,72
18 » »	1000	»	acida	1018	16,913	6,16
19 » »	1090	»	»	1019	15,612	5,88
20 » »	1400	»	legger. acida	1016	9,107	4,80
22 » »	1125	»	acida	1017	10,408	6,72
23 » »	1180	»	»	1015	13,010	5,60
24 » »	1080	»	»	1018	15,612	6,16
26 » »	960	»	»	1018	16,913	5,88
27 » »	1400	»	»	1017	10,408	7,84
29 » »	1040	»	»	1020	10,408	6,44

NA DELL'OSTEOMALACICA.

ORO °/₀₀	Ph.² O.⁵ (ANIDRIDE FOSFORICA) gr. °/₀₀	CALCE (Ca O) gr. °/₀₀	ALBUMINA	ALBUMOSE	PEPTONE	ACIDO PARALATTICO gr. °/₀₀
,60	0,90	0,30	traccie	nulla	nulla	—
,66	1,40	0,18	»	»	»	—
,11	2,00	0,18	»	»	»	—
,60	1,25	0,28	»	»	»	—
,60	1,35	—	»	»	»	0,128
,16	1,30	0,29	»	»	»	—
,90	1,25	—	»	»	»	0,165
,53	1,20	0,31	nulla	»	»	—
,20	1,10	0,35	»	»	»	—
,72	0,95	0,21	traccie	»	»	—
,72	1,15	0,22	»	»	»	—
,25	1,20	—	»	»	»	—
,12	1,00	0,26	»	»	»	—
,12	1,40	0,29	nulla	»	»	—
,25	1,10	0,18	»	»	»	0,200
,82	1,18	0,12	»	»	»	—
,90	1,25	0,27	»	»	»	—
,25	1,40	0,27	»	»	»	—
,05	1,30	0,16	»	»	»	—
,07	0,90	0,20	»	»	»	—
,67	1,30	0,22	»	»	»	—
,42	1,40	0,31	»	»	»	—
,65	1,80	—	»	»	»	—
,12	1,00	—	»	»	»	—
,25	1,20	—	»	»	»	0,214

(Continua).

COMPARTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELL'OSPEDALE MAGG. DI MILANO
diretto dal Prof. L. Mangiagalli

Dott. CARLO DECIO

Del parto forzato e del taglio cesareo in gravida agonizzante

purchè il feto sia vivo e vitabile

STUDIO STORICO-CRITICO

(Continuazione, vedi pag. 236).

Ad evitare adunque il taglio cesareo *post mortem,* entrò nella pratica, in sua sostituzione, il parto forzato *post mortem,* o come meglio il Rizzoli lo voleva denominato, *parto provocato artificiale istantaneo od immediato.* E dice lo stesso Rizzoli: « moltiplicavansi i fatti comprovanti la facilità e la sicurezza con cui riuscir si poteva ad estrarre dalla morta incinta per le vie naturali dell'utero non disposto al parto, il feto nel medesimo contenuto. » Nè ciò solo accadeva fra noi, poichè nel tempo stesso nel quale il Verardini sosteneva, e con cure solerti custodiva il metodo del Rizzoli (sono le sue stesse parole) « in quella guisa che una buona nutrice, ama un figliuolo non suo, che ha alimentato del proprio latte, » il Depaul pubblicava un lavoro (1) in cui compendiavansi tutte le discussioni sorte in Francia sull'argomento.

Tralascio per ora di ricordare le questioni agitate dall'Hatin e dal Kergaradec (2) come quelle che troppo peculiarmente si riferiscono a problemi di deontologia medica, e sulle quali tornerò più innanzi toccando di volo la quistione morale, civile e religiosa; piuttosto — benchè ciò sia gia stato espresso, e brillantemente dal Verardini dimostrato — mi compiaccio ripetere doversi la priorità del metodo al

(1) Depaul. « De l'opération césarienne après la mort de la mère, » loco sopra citato.

(2) Vedi nella sopra citata memoria di Depaul.

nostro Rizzoli, a detta dello stesso Duparque (1), il quale esplicitamente affermò che l'ostetrico si deve « attenere alle regole prescritte dalla scuola chirurgica bolognese, come dagli insegnamenti del chirurgo Rizzoli, per liberare il feto racchiuso entro la matrice, nelle donne che siano in sul morire e già morte. » E così pure mi compiaccio di ripetere che il poc'anzi cennato Depaul, riassumendo le discussioni accademiche di quell'illustre areopago, ond'era stato nominato relatore, disse: « Avant de recourir à l'opération césarienne il importe de s'assurer si » l'enfant peut être extrait par les voies naturelles. Il faut préférer la » version, l'application du forceps, et même l'accouchement forcé avec » le débridement du col, toutes les fois que l'état des parties permet » d'y recourir (2). »

Nel 1861 Carlo Esterle, mentre era professore di ostetricia in Novara e chirurgo capo dell'Ospedale Maggiore di quella città, dava alle stampe una memoria « Sulla convenienza di estrarre il feto per le vie genitali, purchè vivo e vitabile prima che avvenga la morte giudicata vicina e sicura di donna gravida (3). » In essa quell'ostetrico muove al metodo del Rizzoli la critica « di essere dettato essenzialmente da riguardi verso la madre, e non varrà » egli dice « a modificare notevolmente la sorte dei feti, imperocchè è fatalmente troppo certo, che dopo la morte della madre, qualunque siasi il metodo di estrazione, e quanta la prontezza con cui si pratichi l'operazione, i bambini saranno

---

(1) Alcuni che si occuparono di quest'argomento avevano voluto attribuire al Duparque la priorità del metodo in discorso avendo questi nel 1861 pubblicata una memoria: « Sur l'accouchement par dilatation forcée du col de l'utérus. » (Vedi in Bibl. del R. Istit. Lomb. di Scienze e Lettere di Milano). E veramente in questa memoria sono raccolte tre osservazioni, la prima delle quali rimonta all'anno 1826. Se non che, come ci avverte il Verardini (*Bollett. Scienze Mediche*, anno 1863, serie IV, vol. 19, pag. 231), lo stesso Duparque accertollo di persona (all'Ospedale Maggiore detto Della Vita) di essere stato ignaro della proposta del nostro illustre clinico di Bologna. Vedi anche a tale proposito la memoria di Thévenot già da me citata a pag. 220 nella nota 2, e ciò che dice altresì Eugenio Hubert nel suo recente trattato: « Accouchements et déontologie médicale, » IV ediz., 1892, tomo II a pag. 165 e seguenti.

(2) È questa la conclusione della relazione dell' illustre Depaul. Vedi « Sur l'opération césarienne après la mort » in *Bull. de l'Acad. Impériale de Médecine*, Paris, 1861. Vedi anche per ciò che risguarda la questione della priorità del metodo, E. Janssens. « De l'accouchement forcé substitué à l'opération césarienne post mortem. Revendication de priorité en faveur de l'école italienne. Discours prononcé dans la séance du 7 Février 1870, à la Société Royale des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles. » Vedi anche dello stesso autore la memoria del 2 Marzo 1863. Nella prima sono brillantemente confutate le obbiezioni di Pigeolet (Bibl. dell'Ist. Lombardo di Scienze e Lettere).

(3) Esterle. *Annali Univ. di Medic.*, vol. CLXXVIII, fasc. di Nov., anno 1861 (in Bibl. Osp. Magg.).

per la massima parte trovati morti, od incapaci di prolungata vita (1). » Perciò apertamente proponeva di addivenire alla estrazione forzata, tutte le volte che la gravida si fosse trovata in tale stato da non lasciare nessuna, o quasi nessuna speranza di poterla colle cure ricuperare. Volle in una parola, agire sulla morente nella stessa guisa che il Rizzoli sulla trapassata, ed egli credette anco di essere stato il primo a formulare siffatto proponimento (2), e però il Giordano, tessendo l'elogio del defunto collega [nella già citata prelezione al corso di ostetricia (3)] additava alla scolaresca la suaccennata memoria, come quella in cui l'autore *aveva stampato nella scienza l'orma di un ingegno osservatore e fecondo.*

Anche quivi, per debito di storica verità, conviene sostare alquanto, ed esaminare alcuni fatti consegnati alle stampe periodiche di epoche più lontane. Voglio alludere alla pubblicazione del dott. Pellegrini di Bergamo, inserita negli *Annali Universali di Medicina* durante l'anno 1844 (4). Narra questi come la sera del 4 Gennaio 1837 fosse frettolo-

---

(1) Per quanto dalle esperienze istituite siasi potuto dimostrare che il feto nella cavità uterina può sopravvivere alla morte della madre per 15 o 30 minuti, tuttavia la sconsolante statistica dei risultati dei tagli cesarei *post mortem* eseguiti negli ospizi ove l'intervento può credersi pronto, hanno perfettamente smentito il fatto. Ciò deve essere indubbiamente concatenato col genere di malattia onde è affetta la madre. Infatti tolti gli accidenti traumatici e le morti violente che repentinamente colgono la pregnante nel fiore della salute, facilmente si comprende come il prodotto del concepimento in una gravidanza trascinata nel corso di lunga esauriente malattia, o di acuta febbrile, e più ancora se infettiva, debba profondamente risentirne; e l'esperienza dimostra infatti quanti feti premuoiano alla madre. Dalle esperienze del Breslau citate dal Corradi, dal Morisani e da altri, si viene alla conclusione che nelle malattie infettive, quali a cagion d'esempio il tifo, il vaiolo, il colera, ecc., il feto premuore quasi sempre alla madre; nelle morti violente invece il feto umano avrebbe la prerogativa di sopravvivere assai più a lungo di quanto s'osservi pei bruti. In ogni modo dopo 15 o 20 minuti dalla morte materna non sarebbe più possibile avere un feto vivo colla sezione cesarea. Il WIERCINSKI (« Sectio cæsarea in moribunda. » *Centralblat. fur Gynäk.*, N. 23, 1888) avrebbe dimostrato che mancando di ossigeno il sangue della madre, il feto presto viene a soccombere per asfissia. Vedi anche SAEMANN. « De sectione cesarea agitur, tum nunc matris genus vim habeat, ut foetus vel prospere vel infeliciter sectione cesarea in lucem edatur. » *Diss. inaug. Regimonti*, 1864. (Citaz. del Corradi).

(2) ESTERLE, loco citato.

(3) GIORDANO. « Cesari ed Agrippi. » Vedi nota 2 a pag. 215.

(4) PELLEGRINI. « Relazione di alcune operazioni ostetriche, e riflessioni sul parto forzato settimestre. » T. 60, pag. 503 (in Bibl. Osp. Magg.). Giordano, Tibone, Esterle non fanno cenno di questa pubblicazione, ed il diligentissimo Verardini, che tanto scrisse sull'argomento in discorso, fu solo nella sua pubblicazione dell'anno 1872 (« Rettificazioni storico-critiche intorno al parto forzato o parto istantaneo artificiale per le vie naturali nelle morte incinte o nelle presunte tali. » *Bollett. Scienze Med. di Bologna*, serie V, vol. 14, pag. 139) che ricordò il Pellegrini, e confrontando quei risultati con quelli del Rizzoli e dell'Esterle, non gli concede, benchè analogo ne fosse stato il fine, di aver innalzata la proposta a *metodo pratico e speculativo*.

samente chiamato presso una giovane sposa cui nuovo tornava il partorire, e resa morente per quel complesso di sintomi, onde oggidì riesce facile la diagnosi di eclampsia. E siccome infruttuosi a toglierla dal coma erano stati e i purganti e le ripetute sottrazioni sanguigne, stavasi il Pellegrini col collega curante « aspettando pel taglio cesareo dopo morte, voluto dall'arte e dalla religione. »

« E, » proseguirò colle sue stesse parole « in tal frattempo però questa giovane sposa, che sulla frescura della età, appena inflorato il talamo scendeva nella tomba, era il pensiero che stringendomi il cuore faceami triste e pensoso. » Per cui non gli bastò l'animo di starsene più oltre colle mani alla cintola, e dopo alquante riflessioni sulla natura del morbo, s'accinse ad operare il parto forzato, *se non altro colla idea quasi sicura di salvare il feto.* Infatti questo fu estratto vivo col forcipe, dopo che la mano ebbe dilatata la bocca uterina, trovata dal Pellegrini, ampia di tanto, che solo un dito vi potea penetrare, e dopo che la testa del feto fu nello scavo impegnata. Riavutasi la madre, volse lentamente a perfetta guarigione.

In una seconda consimile circostanza (anno 1841) in 10 minuti penetrato nell'utero colla mano, rotte le membrane ancora integre potè terminare il parto col rivolgere il feto che vivo estrasse, e ridonando alla salute la madre; per le quali ragioni, diceva il Pellegrini, « oso proporre la stessa maniera di operare ai pratici, quando abbiansi ad incontrare in casi di simil natura.... colui che trepidasse nell'eseguire simile operazione prenda argomento di fidanza nel vedere quattro esseri ai quali la detta operazione ha salva la vita. »

E giustamente, a mio credere, il Moretti nella sua nota « Sul parto forzato nella gestante prossima a morire » insorge a rivendicare la priorità di questo atto operativo che comunemente suole essere all'Esterle attribuito. Ed infatti quest'ultimo, solo 21 anni dopo che il Pellegrini aveva operato il suo primo caso, e, quello che ancor più monta, solo 17 anni dopo di averlo diffuso colle stampe, rese noto il risultato delle proprie esperienze (1).

E tanto più sembrami doversi attribuire maggior vanto al Pellegrini, in quanto che, dato pure che all'Esterle la medesima idea fosse

---

(1) Notisi per altro che il primo caso dell'Esterle occorse nel 1858. Vedi « Rendiconto Clinico » in *Annali Univ. di Medicina,* 1861, CLXXV, 433 (Bibl. Osp. Magg.).

nata, pur non di meno questi era a cognizione della pratica del Rizzoli, il che manifestamente appare dallo stesso suo scritto, pratica cui null'altra variante apportava, se non quella di agire sulla morente, allo scopo di avere maggiori garanzie di vita per la creatura.

Nè ciò basta: il Pellegrini avrebbe quasi sopravanzato lo stesso Rizzoli, conciossiachè se quegli praticò il parto artificiale istantaneo nel 1834 e solo per evitare la sezione cesarea *post mortem*, ciò che non seppe il Pellegrini (1), questi invece lo stesso atto operativo istituì, e propose non solo sulla defunta, ma altresì sulla morente allo scopo di evitare la gastro-isterectomia e se non altro *colla idea quasi sicura di salvare il feto.*

Ciò accennato, come amo ripetere, per debito di storica verità, giova pure lo ammettere che all'Esterle non va diminuito il merito di aver praticata non solo, ma esaminata e diligentemente discussa la opportunità di simile intervento, qualora venga per deliberato proposito istituito sulle gravide agonizzanti per malattie complicanti l'inoltrata gestazione (2).

Comunque sia, dopo l'Esterle, il Belluzzi s'attenne a tale partito (3) e cogli scritti difese strenuamente tale operazione, che dovevasi eseguire nell'agonia della madre allo scopo di salvare il feto con maggiore facilità. E la scuola bolognese capitanata dal Rizzoli, colle osservazioni di Romei (4), coll'altra del Tallinucci (5), teneva alto il prestigio di siffatta operazione che nel 1862 fu pure dal De-Cristoforis attuata nel nostro Maggiore Ospedale (6), indi dal Lazzati nel 1864 presso l'Ospizio

---

(1) Da quanto ho esposto, il Pellegrini non poteva avere conoscenza della pratica del Rizzoli, imperocchè la prima pubblicazione sull'argomento che noi dobbiamo al Verardini, spetta all'anno 1859.

(2) Vedi anche la memoria di Janssens citata alla nota 2 a pag. 315. Anche il Corradi dice: « Che se altri precorse l'Esterle nel concetto di operare sulla gravida moribonda per salvare il feto, e pensò di farne regola, niuno veramente quanto l'ostetrico Trentino attese a svolgere in più largo principio le particolarità di alcuni casi, dando corpo ad idee generali o non ben definite. »

(3) Belluzzi. *Bollettino delle Scienze Mediche di Bologna,* anno 1861, vol. XVI, serie VI, pag. 195. « Del parto forzato in donna gravida nel nono mese prossima a morire, onde salvare con maggiore sicurezza la vita al feto » (Bibl. Osp. Magg.).

(4) Verardini. « Del parto forzato, ecc. » in *Annali Univ. di Med.*, anno 1868, CCIV, pag. 141 (Bibl. Osp. Magg.).

(5) Verardini. Ivi.

(6) Verga. « Rendiconto dell'Ospitale Maggiore di Milano. » *Annali Univ. di Med.*, 1867, CXCIX, pag. 163 (Bibl. Osp. Magg.).

delle partorienti di S. Caterina alla Ruota (1). Ed il Belluzzi ancora con nuovi casi la illustrava (2), e di lì a poco il D'Amato (3), il Ferrantini (4) e nuovamente il Romei (5) e il Moretti rendevano noti i propri risultati (6). Fra le più recenti pubblicazioni sull'argomento citerò fra i nostri, i lavori del Bossi, del Sangregorio e del Vitanza (7) per tacere di quei casi isolati che si trovano sparsi nei rendiconti delle Cliniche e delle Maternità. Il Verardini in una recentissima memoria (8) tende ad escludere dal metodo originale tutte quelle osservazioni nelle quali l'intervento fu preceduto da manovre dilatatorie strumentali. Ma se ciò può reggere quale sistematica classificazione degli atti operativi, parmi non debba influire riguardo all' obbiettivo finale.

Ciò detto mi è d'uopo però l'accennare che, come l'antica pratica del taglio cesareo *post mortem* non cessò mai di essere osservata (9), così vi furono anche coloro che vollero attuata la gastro-isterectomia sulla agonizzante. E simile proposta che noi già vedemmo nello scorso secolo sostenuta precipuamente da religiosi criteri, e coll' obbiettivo di salvare il feto, ricompare confortata da autorevoli appoggi. Già

---

(1) Casati. « Prospetto Clinico per l'anno 1864. » Milano, 1865, pag. 7 (Bibl. Osp. Magg.).

(2) Belluzzi. « Nuovi fatti in appoggio della estrazione del feto col parto forzato durante l'agonia. » *Memorie dell'Accad. Scienze Med.*, Bologna, 1867, VI, 366 (Bibl. Osp. Magg.).

(3) D'Amato. « Sul parto premat. forzato. » Filiatre Sebezio, 1867, LXXIII, 333.

(4) Ferrantini. « Un nuovo fatto in appoggio della estrazione del feto col parto forzato durante l'agonia delle donne incinte. » *Liguria Medica*, 1867, pag. 304.

(5) Romei. *Bollett. Scienze Med.*, 1870, IX, 467, X, 288 (Bibl. Osp. Magg.).

(6) Moretti. « Sul parto forzato sulla gestante prossima a morire. » *Annali Univ. di Med.*, 1877 (Bibl. Osp. Magg.).

(7) Bossi. « Metodo per provocare rapidamente il parto. » *Gazz. degli Ospedali*, N. 29, 1891. — *Nouvelles archives d'Obst. et Gin.*, 1892, II. — Vedi anche in *Atti della Associaz. Medica Lombarda*, anno 1892: « La provocaz. artif. del parto ed il parto forzato col metodo della dilataz. meccanica del collo uterino, » pag. 231 (Bibl. Osped. Magg.). — Sangregorio. *Atti della Associaz. Medica Lombarda*, ibidem, vedi la discussione a pag. 235. — Bossi. « Provocaz. artif. del parto e sinfisiotomia. » *Annali di Ost. e Gin.*, 1894, pag. 409. — « Ancora sulla dilatazione meccanica del collo dell'utero in ostetricia » *(Ann. di Ost. e Gin.*, 1895, pag. 668 (in Bibl. Osp. Magg). — Vitanza. « Del parto forzato su donne agonizzanti. » *Riforma Medica*, 1892 (Bibl. Osp. Magg.).

(8) Verardini. « Ricordi storico-critici intorno al parto forzato ed immediato per le vie naturali nelle morte incinte in sostituzione del taglio cesareo, e sue nuove e varie applicazioni. » Bologna, *Mem. della R. Accad. delle Scienze dell'Istituto di Bologna*, serie V, tomo IV, anno 1894 (Bibl. dell'Istit. Lombardo).

(9) Ne fanno fede i casi sparsi nei rendiconti delle Cliniche e delle Maternità.

Michele Alberti, celebre scrittore di medica giurisprudenza nel secolo XVIII, diceva: *si gravida non perfecte mortua sit, sed pro mortua habeatur, foetus autem adhuc vegetus existat, tunc neque in hoc caso exsectio negligenda est,* e più tardi Kilian, Lion il Seniore, Bonnet, Gallard, più chiaramente il loro avviso avevano manifestato (1).

Correva l'anno 1830 allorchè il Roser (2) per deliberato animo si accingeva a tagliare una donna agonizzante all'uopo di averne vivo il feto, come in vero lo ebbe, ma la proposta e l'esempio, come disse il Giordano (3) « rimasero com'era naturale senza seguaci » e quell'unico tentativo, che lo stesso Giordano ricorda come occorso in un lazzaretto di Torino nell'anno 1855 durante lo infierire dell'asiatico flagello, « non approdò ad alcun risultato, anzi parve condannato dai più (4). » Se non che l'asserzione del Giordano non fu onninamente conforme alla verità, imperocchè se altri casi consimili non erano stati resi noti, più di un autore aveva espresso il proprio avviso sopra tale questione. Così il Burns (5) nel 1840 aveva detto che se una donna, per apoplessia era prossima a dar l'ultimo fiato, allo scopo di salvare la creatura, si dovesse incidere, un po' prima della morte, cioè alloraquando resa insensibile non potesse soffrirne. Ed anche il mentovato Kilian nel 1851 mostravasi dello stesso avviso, a patto però delle seguenti circostanze: agonia della madre, sicurezza della vita del feto, ed impossibilità di espletare il parto per le vie naturali sollecitamente, avendo all'uopo ricorso alle incisioni del collo uterino non che dell'interfemmineo.

Il prof. Mangiagalli nel citato lavoro apparso nel 1884 (6) — lavoro che, or non è molto, dal Verardini fu fatto segno alle più vive attestazioni di lode (7) — raccolse altri casi che io qui riferirò brevemente.

Oltre adunque al cennato di Roser, che dobbiamo ritenere come il primo, il secondo ci è reso noto dal Runge, e rimonta all'anno 1859.

---

(1) Vedi CORRADI, loco cit, capo 28, § III.

(2) Vedi memoria di LANGE citata a pag. 224, nota 1.

(3) CESARI ed AGRIPPI, loco cit.

(4) Anche il TIBONE (« Del parto forzato. » Torino, 1862), dice che se tale operazione fu logica, non potè sicuramente chiamarsi umana.

(5) Vedi CORRADI, loco citato.

(6) Vedi nota 3 a pag. 213.

(7) Loco ultimo citato.

L'osservazione appartiene a Fischer. Trattavasi di gravida giunta al termine della gestazione ed affetta da eclampsia; e per essere la donna in fine di vita per ripetuti e violenti attacchi, e la bocca uterina chiusa non permettendo la liberazione per le vie naturali, si ricorse al taglio cesareo, estraendo un feto morto; la madre sopravissuta per 14 ore finiva poi per soccombere. Il caso menò certo quale scalpore, non solo tra le sfere scientifiche ma ben anco nel campo di Temide, e finì colla piena assoluzione degli accusati operatori, poichè il collegio medico della Slesia mostrò giustificata la sezione cesarea eseguita come *extrema ratio* sulla donna agonizzante.

Nella stessa maniera agiva il Nussbaum nel 1873 sopra una donna tracheotomizzata, cui una strabocchevole ed infrenabile emorragia secondaria della ferita metteva in serio pericolo la esistenza; trovavasi essa in assai avanzata gravidanza, ed il feto, che fu tratto in istato di asfissia, venne rianimato.

Per tumore del cervello invece, agonizzava quella paziente di cui narra il Sommerbrot e dalla quale pure si ebbe un feto vivo; come parimenti vivi furono estratti i due bambini da quell'altra, che il Franzozini operava nell'agonia per gravissimo edema dei polmoni.

Nel 1882 il Carrara, nell'Ospedale di Brescia, pure operava una pluripara gravida nell'8.° mese, affetta da tifo pellagroso, ed in istato di agonia già dichiarato da parecchio tempo, essendo le vie naturali affatto impreparate al passaggio del feto; il quale venne estratto vivo senza che la madre, che soccombeva due ore dopo, di nulla si fosse accorta. Ed il Franck per deliberato animo s'accinse ad aprire una infelice che, per esserle il fuoco appiccato alle vesti, stavasi in fine di vita coperta da estese scottature di primo e secondo grado; il feto fu estratto vivo, la madre moriva 10 ore dopo. E finalmente il Thomas alla gastro-elitrotomia ricorreva d'urgenza in una multipara alla fine del 7.° mese di gravidanza, malata di pneumonite, mentre si trovava prossima a dare l'ultimo fiato, priva di polsi, cianotica e completamente inconscia di quanto la circondava. Ebbe un feto vivo, ma trascorse alcune ore esso morì in un colla madre.

Oltre a quest'ultimo caso appartenente al Thomas e che rimonta all'anno 1870, io ne aggiungerò qualche altro che trovai accennato nella letteratura, ma prima passerò alla esposizione *in extenso* della osservazione appartenente al prof. Mangiagalli.

Nell'anno 1891, e precisamente nel giorno 31 Gennaio, entrava nel Comparto ostetrico-ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano certa Mal.... Enrica, d'anni 26, fioraia, maritata, contrassegnata sul registro col numero 87.

Riguardo al gentilizio notavasi come sua madre fosse morta di tubercolosi polmonare, e come sei fratelli fossero pure morti in tenera età. Lo stato abituale di salute della paziente erasi sempre mostrato buono. A 16 anni fu salutata dai mestrui per la prima volta, senza risentirne la benchè minima sofferenza, e i catamenii si erano mantenuti di poi sempre regolari per periodo, quantità e durata: l'ultimo era apparso al 9 Giugno. Era gestante per la prima volta, e, sia pei dati anamnestici riferiti, sia pei risultati dell'esame ostetrico, si era indotti ad istituire la diagnosi di gravidanza in sul principio dell'ottavo mese.

Essa narrava, che da tre settimane all'incirca aveva cominciato ad essere travagliata da forte tosse, cui da 15 giorni erasi altresì accompagnata febbre di grado elevato, — e difatti anche al momento del suo ingresso il calore del corpo misurato all'ascella era di 39.° 8. — Oltre a tali sofferenze, lagnavasi di intensa cefalea; ma dessa era completamente *compos sui*. Di costituzione generale piuttosto gracile, giaceva supina, immobile, con fisionomia attonita, sguardo smarrito; dolenti alla pressione le emergenze sovra-orbitali del 5.° paio, manifesta fotofobia, tarde le pupille allo stimolo luminoso, ambliopia, ma nessuna deviazione degli assi oculari, ecco in brevi parole la fisionomia della paziente. La lingua mostravasi asciutta, un po' impaniata, e solo rossa e lievemente priva di epitelio a' suoi bordi. Nulla di anormale scorgevasi al collo, eccettuate ampie ondulazioni delle jugulari. La gabbia toracica, alquanto cilindrica, presentava l'escursione respiratoria simmetrica, ma breve, superficiale; la percussione dell'ambito polmonare tanto anteriormente che posteriormente suscitava risonanza chiara, cui corrispondeva il reperto stetoscopico pressochè negativo. Negative pure si mostrarono le indagini istituite sul cuore e sugli organi degli ipocondri.

La paziente da sè sola non poteva sorgere a sedere sul letto, ed anche aiutata dalle infermiere vi riusciva assai malagevolmente, per una certa quale rigidità della colonna spinale, rigidità che era assai manifesta nella sua porzione superiore, per contrazioni dei muscoli della nuca; dolenti poi erano alla pressione le apofisi spinose. Nessuna macchia o segno particolare osservavasi alla cute, ma questa tuttavia conservava facilmente caratteristiche impronte, là ove era compressa o sfregata. Il riflesso rotuleo normale. Non vomito, l'alvo era chiuso da 10 giorni, l'orina, estratta dal catetere, non conteneva albumina.

L'esame ostetrico al momento dell'ingresso della paziente diede i seguenti risultati. La linea omfalo-pubica lievemente colorata, la cica-

trice ombellicale sporgente: recenti smagliature in tutti i quadranti dell'addome, l'utero di forma ovale era perfettamente sulla linea mediana ed arrivava col suo estremo superiore a metà della linea xifo-ombilicale. I genitali esterni coi caratteri di nulliparità, offrivano la consueta pigmentazione gravidica; il collo uterino conservava tutta quanta la propria lunghezza, e l'orificio esterno non permetteva assolutamente l'ingresso alla falange ungueale del dito esploratore: il segmento uterino inferiore pochissimo espanso. Il battito cardiaco fetale normale si udiva sul quadr. infer. destro, l'estremo cefalico mobile e ballottabile al di sopra della linea dello stretto superiore. Le mammelle di forma emisferica presentavano scarso tessuto ghiandolare, pigmentate le areole primitive; appena accennate le secondarie, erettile e pervio il capezzolo, la cui spremitura dava goccie di colostro.

Durante la prima notte di sua degenza, che fu quella del 1.° Febbraio, malgrado fosse stata applicata una vescica di ghiaccio al capo, la cefalalgia si fece più intensa, insorse delirio, ed al mattino fu trovata la donna in preda a generale iperestesia, talchè dolentissima riusciva la più lieve pressione o percussione sulla teca craniana. Il calomelano amministrato la sera antecedente non aveva apportato effetto, e poichè l'intestino ostinavasi a rimanere chiuso, si applicò un clistere. T. 39, P. 104, R. 36. Nè il giorno nè la notte successiva (giorno 2) furono migliori, continuava il delirio, lagnandosi sempre la misera di intensa cefalea; le scariche si fecero abbondanti. L'esame del fondo oculare praticato dall'egregio collega dott. Francesco Denti, in allora aiuto nella Sezione oftalmica dello stesso Ospedale, mise in rilievo come le vene centrali fossero oltremodo inturgidite e serpiginose, ma non fu possibile accertare alcun focolaio apprezzabile, vuoi essudativo, vuoi emorragico. T. 39. 1, P. 100, R. 32.

Nei due giorni susseguenti, mantenendosi le condizioni generali immutate, le temperature toccarono 39.° 9, il polso oscillò fra le 104 e le 120 battute al minuto, e la coscienza fu completamente perduta. La sera poi del giorno 5 iniziò un vero stato comatoso. L'esame ostetrico non fece nota alcuna modificazione della sfera genitale. Nel giorno 6 continuò il delirio e con esso si rese manifesta una deviazione allo esterno del bulbo oculare di destra; le orine estratte col catetere, giacchè la paziente non poteva emetterle spontaneamente, furono nuovamente trovate prive di albumina. Non si verificò alcun indizio di decubito, l'alvo chiuso ad onta del calomelano somministrato. Colla esplorazione vaginale si riscontrava il vertice in basso, ma il collo uterino ancora allungato non aveva per anco incominciato a dilatarsi, per cui udendosi il battito cardiaco fetale regolare nel quadrante inferiore di destra, addì 7 fu, ma indarno, tentata la introduzione nell'utero di una candeletta elastica. Il polso, la temperatura ed il respiro si mantenevano sempre nei limiti

sovra accennati. Anche il tentativo della artificiale rottura delle membrane, praticato al giorno 8 verso sera, non approdò ad alcun risultato, imperocchè soltanto poche goccie dell'acque amniotiche scaturirono dalla ristretta apertura del canal cervicale. Addì 9 le condizioni erano disperate, l'orificio uterino ancora chiuso, il battito cardiaco fetale regolare, per cui prevedendo non lontana la morte materna, la paziente fu accuratamente sorvegliata, poichè nel caso che fosse mancata, persistendo la impossibilità di una liberazione per le vie naturali s'avesse ricorso alla sezione cesarea.

Alle ore tre pomeridiane dello stesso giorno, sebbene la donna fosse entrata nel periodo agonico, la porzione vaginale del collo conservava ancora tutta la sua lunghezza come al mattino. T. 39, P. 130, il respiro frequentissimo associato a numerosi rantoli tracheali, le pupille immote, midriatiche con abolizione completa del sensorio, talchè non la minima reazione manifestava agli stimoli periferici. Il battito cardiaco fetale segnàva 160 pulsazioni con intermittenze ed oscillazioni notevoli e qualche volta mancante il secondo tono.

Viste tali condizioni, ad ore 3 1[2 il prof. Mangiagalli si risolveva ad intraprendere il taglio cesareo, avendo previamente ottenuto l'assenso del marito e della famiglia della povera agonizzante (1). Esaurite le consuete pratiche di disinfezione dell'addome, questo venne inciso sulla linea mediana. Messo allo scoverto l'utero, il taglio che su di esso venne praticato non cadde sulla zona di inserzione della placenta, e, sgorgate le acque dell'amnios fortemente colorate per meconio, si estrasse facilmente il feto vivo (2), e dopo di lui la placenta, senza che emorragia si verificasse. Detersa quindi la cavità della matrice, e suturatane la breccia alla maniera di Sänger, con punti staccati, venne riunita l'incisione delle pareti che fu superficialmente ricoperta da un sottile strato di collodio jodoformico. Praticate quindi due iniezioni ipodermiche di ergotina, venne la operata riposta nel proprio letto in condizioni di certo non più gravi di quelle in cui versava innanzi alla subìta operazione. Che anzi, essendosi alla stessa accostato il marito, come animata da momentaneo risveglio, invitollo a vedere il neonato che era stato deposto in un'attigua culla. Ad ore 5 1[2 pom. il termometro all'ascella segnava 36.° 8, il polso valido e ritmico contava 96 pulsazioni al minuto, ed il respiro 36. Alle ore 9 della stessa sera man-

---

(1) Assisteva direttamente l'operatore il dott. C. Decio, porgeva gli strumenti il dott. R. Polacco, alle spugne il dott. Maroni. Erano altresì presenti alla operazione il dott. F. Villa, Formigini Terzo, Guastavino Federico lib. doc. e Trevisan Aristide, ispettore dell'Ospedale Maggiore.

(2) Il feto di sesso femminile del peso di Chil. 2.390 lungo 47 cm. presentava i seguenti diametri: Mento occipitale 10 — Fronto occipitale 9 — Biparietale anat. 8 — Bisacromiale 8 1[2 — Sterno dorsale 6 — Sacro pubico 4 — Bitrocanterico 7 1[2.

tenendosi la T. a 36.° 3 saliva il P. a 112. L'utero era contratto e dai genitali fuorusciva modica quantità di sangue nerastro. Nel mattino seguente ad ore 8 1|2 la paziente cessava di vivere.

La necroscopia dimostrò le meningi iperemiche svolgibili con discreta difficoltà, e facilmente lacerabili. Alla base, disseminata di noduletti miliari grigio-trasparenti, ed in corrispondenza del chiasma dei nervi ottici trovossi un essudato grigio giallastro. La sostanza cerebrale edematosa, i ventricoli distesi e ripieni di siero; la tela coroidea pure cosparsa di noduletti. Il destro polmone quasi in totalità aderente al costato ed al diaframma, presentava numerose escavazioni nel suo lobo superiore, e tanto alla sua superficie quanto sopra quella di sezione mostrava numerosi noduli miliari, i quali riscontravansi pure in gran quantità nel parenchima, non che alla superficie del polmone sinistro.

Tali noduletti si riscontrarono pure, sebbene in minore quantità, sul peritoneo viscerale e parietale, qualche lassa aderenza fra le anse intestinali; non che fra queste e le pareti dell'addome. L'utero offriva sulla sua parete anteriore la praticata sutura in ottimo stato; nessuna emorragia; la cavità conteneva qualche grumo sanguigno. La milza alquanto ingrossata, molliccia, facilmente lacerabile. Il fegato pure ingrossato di volume con manifesti indizii di degenerazione adiposa. Le ghiandole mesenteriche non si appalesavano degenerate, ma solo qua e là scorgevasi qualche noduletto miliare. Il rene sinistro molto grosso, con numerose escavazioni che partivano dalla pelvi e si addentravano nel parenchima renale; la pelvi dilatata e così pure l'uretere corrispondente, ed entrambi per urina raccolta.

Ambe le ovaie ingrossate, e come metamorfosate in una massa caseosa.

Epicrisi: tubercolosi miliare diffusa — tubercolosi polmonare ed ovarica — meningite basilare.

Gli altri casi da me rintracciati qua e là nella letteratura e che esporrò più innanzi sommariamente in una tabella, sono 9 ed appartengono a Krukenberg, 1887 — Alexander, 1886 — Olshausen, 1887 — Halbertsma, 1889 — Wiercinsky, 1888 — Fehling, 1884 — Polk, 1885 — Poten, 1890 — Pestalozza, 1894 (1), ai quali casi sono lieto di poter aggiungere la presente osservazione, interessante per le sue particolarità e che spetta all'egregio collega dott. Gaetano Malacrida, cui rendo le più vive azioni di grazie, per avermi concesso di renderla nota.

---

(1) Vedi più avanti nell' indicata tabella le indicazioni bibliografiche.

Resa gravida illegittimamente una giovane alpigiana della valle di Intragna, fu dalla madre allontanata dal paese nativo ed inviata agli alti pascoli a cura del bestiame, non appena le ognora crescenti e male celabili forme poterono tradire il fallo commesso. Ora avvenne che, mentre stavasene appunto a guardar le giovenche, un sasso staccatosi da una vetta, dirupando da quelle scoscese balze, la colse sul capo in guisa che, ampiamente spaccatole il cranio, mise a nudo lo sfracellato cervello. Raccolta dalle compagne in quel misero stato, fu trasportata presso una capanna poco discosto, quando di lì a non molto il dott. Malacrida passando, attratto dalle grida, accorse per vedere di che mai si trattasse. Informato dell'accaduto e presa cognizione dello stato della donna, che si dibatteva per moti convulsivi, senza porre alcun indugio, ritenendo impossibile la versione, cavato di tasca un coltello, che a caso teneva, aperse l'addome estraendo un feto di otto mesi in lieve stato di asfissia, ma che fu tosto rianimato. La donna spirò poi che fu ultimata la sutura incavigliata della breccia addominale, ingegnosamente inprovvisata con alcuni spilloni d'argento, onde sogliono quelle montanare acconciarsi le chiome.

Esposte le vicende del taglio cesareo *post obitum matris,* vista la pratica del Rizzoli, viste le efficaci modificazioni che l'Esterle vi apportava, accennato come da taluni fosse altresì caldeggiata l'operazione cesarea nella stessa agonizzante, non è a credersi che in ogni tempo in cui tali proposte o tali modificazioni furono formulate, esse sieno state fatte segno ad universale accoglienza. Troppo lungo sarebbe, e forse non conveniente al presente scritto, una minuta disamina di quanto i vari scrittori addussero sui differenti argomenti, e perciò io mi limiterò a riassumere quel tanto che possa gettare luce sulle diverse questioni che si agitarono intorno alle predette operazioni, sotto i diversi aspetti della scienza, della morale e della religione.

Dopo che il Verardini per primo ebbe pubblicata la sua nota circa il metodo Rizzoli, sorse l'obbiezione che il parto forzato esige un tempo maggiore di quello che suol essere necessario pel taglio cesareo, per cui il feto trovasi esposto a maggiori pericoli. Il Verardini, come già vedemmo, ha ne' suoi scritti già confutate le obbiezioni, ma io amo tuttavia soffermarmi alquanto su questo punto, e considerare questi pericoli in parte inerenti alla madre, pur supposta di normale catino, in parte inerenti al feto medesimo. I primi poi, collegati direttamente collo stato delle parti generative, meritano di essere con diligenza stu-

diati, non tanto per rispetto al parto alla Rizzoli, ossivero *post mortem*, ma quanto a quell'altra modalità voluta dall'Esterle, e che dalla prima trasse l'origine.

Voleva adunque il Rizzoli che l'estrazione del feto per le vie naturali da madre defunta, di forzato non avesse altro che il nome, e ch'esser dovesse non eseguita con intempestive violenze, ma bensì con tutta mitezza allo scopo di evitare ogni possibile offesa; ragioni queste, per le quali preferiva si chiamasse siffatta manovra *parto provocato artificiale, immediato, istantaneo*. E, dando ragione della proposta nomenclatura così insisteva, *istantaneo, immediato, perchè sebbene senza violenza deve effettuarsi colla maggiore possibile prontezza*. Ragion vuole tuttavia che io ricordi, come l'illuste ostetrico bolognese, volendo simile parto addottare anche quando il travaglio non fosse stato dichiarato, non ristava dal raccomandare lo sbrigliamento del collo uterino come atto preparatorio alla operazione (1), il che evidentemente dimostra come ritenesse possibile una simile eventualità in quei casi nei quali il collo uterino non fosse modificato.

In allora, se nessuna o scarsa preparazione esiste delle vie genitali, parmi assai migliore il conservare il nome di *parto forzato* nel concetto espresso dal Tibone, ove l'appellativo di forzato non deve essere attribuito alla forza impiegata nell'atto materiale della estrazione del feto, ma sibbene a quella che è necessaria per giungere nella cavità della matrice, forza che deve essere eseguita dalla mano allo scopo di vincere la resistenza del collo ancora chiuso od insufficientemente aperto, o spesso e lungo per gravidanza immatura.

In una parola la denominazione di *parto provocato, artificiale, immediato, istantaneo*, implicherebbe una certa quale naturale preparazione delle vie materne: nè valga il dire, che se la donna è spirata, le vie anche impreparate nessun ostacolo oppongono pel fatto del rilasciamento dei tessuti, dal momento che lo stesso Rizzoli potè suggerire di ricorrere ad eventuali sbrigliamenti della cervice. Vero è che la natura ci mostra anticipare il parto durante il decorso di gravi malattie o modificare le vie che il feto deve percorrere, senza che in realtà possa dirsi dichiarato un vero travaglio, e questa verità deve essere

---

(1) Loco cit., pag. 549.

ben conta per valutare i risultati del parto forzato *post mortem*, come farò tra breve (1). Quella preparazione poi delle vie genitali, cui poc'anzi alludevo, massime se la gravidanza non è gran fatto inoltrata, altro non ci esprime che il preludio e, direi quasi, l'esordio di un lontanissimo travaglio, per cui, stando a quanto è incluso nel significato delle parole, colle quali il Rizzoli definisce il proprio metodo, lo ripeto, sarebbe necessariamente implicata l'idea che, nella maggior parte dei casi, un travaglio qualsiasi debba aver cominciato, *per quanto occulto agli astanti*, per la mancanza dei segni che la stessa morente poteva appalesare, appunto per le sue speciali condizioni (2).

E se la scomparsa del collo uterino e la dilatazione della sua bocca avvengono per effetto di sorde contrazioni (3), e se queste, accettando la teoria di Brown-Sequard, sono suscitate allorquando il sangue nella matrice circolante si rende assai ricco di acido carbonico, o l'altra di Runge, per la quale non tanto varrebbe tale ricchezza, quanto il difetto di ossigeno, qual meraviglia se nello stato che precede la morte la dilatazione si trovi già spesso avviata, benchè nessun segno apparente di travaglio sia stato soggettivamente dalla pregnante avvertito? Qual meraviglia, dico, se nell'agonia le funzioni del respiro sogliono essere assai deficienti, massime poi ove la morte si avanzi per malattie del sistema respiratorio?

Ma in altri morbi, e là dove la morte fu violenta e colse le gravide

---

(1) Infatti nelle malattie a lento decorso, come la tisichezza polmonare, il vomito incoercibile, le affezioni croniche del tubo digerente, spesse volte il travaglio si dichiara spontaneamente, e la donna espelle il prodotto del concepimento prima di esalare l'ultimo sospiro. Così accade pure nel corso di certune febbri eruttive (vajolo, e sopra tutto la scarlattina) a meno però, che nel periodo prodromico non insorgano taluni accidenti capaci di uccidere prontamente le ammalate (Depaul).

(2) Infatti, come vedremo fra breve, nella maggior parte delle operazioni eseguite su donna morta vi era un principio di travaglio (ciò che ripete anche il Morisani, *Giornale internazion. delle Scienze Mediche*, anno 1883, pag. 594) e raramente l'operazione stessa offerse qualche difficoltà. E già l'Asdrubali, a proposito della dilatabilità della cervice, confermando il precetto di Baudelocque, ripeteva che a 9 mesi ben inoltrati l'ostetrico doveva tentare il parto per le vie naturali, essendo in quell'epoca la bocca uterina *cedevole* ed *aperta*. Infatti è nella seconda quindicina del 9.° mese, in cui avviene il lavoro di distensione del segmento uterino inferiore e della scomparsa del collo; per cui dato e concesso che la malattia faciliti per sè stessa colle contrazioni provocate la scomparsa e la dilatazione della cervice, di leggieri si comprende come ciò dovrà essere agevolato, se maturo o quasi essendo il parto, le vie al suo passaggio si troveranno già naturalmente disposte.

(3) Contrazioni preagoniche insorte in una gravida al 6.° mese, vide il Guzzoni, le quali avevano iniziato il travaglio, e dato principio alla formazione del così detto cercine di contrazione. Vedi: « Di un nuovo metodo di cura nella placenta previa. » Giornale *Il Morgagni*, anno 1888.

nel fiore della salute, le cose possono correre in ben diversa guisa (1), ed in allora volendo liberare le defunte per le vie naturali, noi ci troveremo bene spesso innanzi ad ostacoli non indifferenti, ed alle prese con manualità, che male possono essere combinate con quella desiderata sollecitudine, che giustamente ci deve animare allo scopo di salvare il bambino.

In allora il parto che veramente dovrebbe dirsi forzato, per la artificiale dilatazione del collo e de' suoi orifici, non ci si presenterà così agevole, così *immediato*, così *istantaneo*, e l'anzidetta dilatazione potrà riuscire oltremodo laboriosa. Alcune difficoltà verranno opposte dalla età stessa della gravidanza, come quella che conferisce al collo ed ai suoi orifici delle peculiarità vantaggiose al passaggio della mano, esclusi già s' intende i primi mesi della gestazione nei quali non è certamente questione di taglio cesareo o di parto forzato (2).

---

(1) Il Morisani pure disse non potersi ritenere tale facilità nell' intervento come fatto generale e costante: « Le difficoltà alla dilatazione di orifizii uterini impreparati non sono lievi, nè si vincono con manovre agevoli e di breve durata; ciò sanno tutti gli ostetrici pratici. » Vedi « Sul parto cesareo nella donna agonizzante. » *Giorn. intern. delle Scienze Mediche*, Napoli, 1883, pag. 663. Anche il Ballocchi dubita che quando il collo non avesse subìte tutte le modificazioni, che di solito impresse gli vengono dalla gravidanza, si potesse eseguire lo sgravio artificiale salvando la creatura. *Tratt. di Ostetr.*, 1871, Milano.

(2) Non ritenendosi il feto vitabile prima della fine del 6.° mese, tanto il taglio cesareo quanto il parto forzato istituito avanti questo termine non avrebbe che il solo scopo che di amministrare il battesimo La quistione si porta come ognuno vede sopra un campo essenzialmente religioso, ed in allora, come bene a proposito avverte il Depaul, « siccome gli uomini non hanno tutti nè lo stesso fervore, e tanto meno le stesse credenze, diviene pressochè impossibile il formulare dei precetti che si applichino ad ognuno, » e perciò il citato autore vorrebbe che il medico avesse ad agire liberamente secondo la propria coscienza o le proprie convinzioni, avvertendolo tuttavia di non lasciarsi trascinare da uno zelo eccessivo, ed in ogni modo di rispettare sempre i desideri manifestati dalla famiglia. (Vedi *Bullet. de l'Acad. Nationale de Médecine*, anno 1860-1861, in Bibl. del R. I. Lombardo di Scienze, Lettere ed Arti). M. Adelon dice che perchè un feto sia vitabile è mestieri: 1.° Che egli nasca con uno sviluppo tale da permettere l' inizio o la continuazione della nuova vita cui è chiamato dalla nascita; 2.° che nascendo non porti con sè alcun vizio di conformazione, alcuna malattia proveniente dalla gravidanza la quale costituisca un ostacolo assoluto ed irrimediabile all' inizio ed alla continuazione della vita estrauterina; 3.° ch'egli infine venga alla luce col vigore che necessita a questa grande evoluzione della nascita. (Ibid. vedi la discussione a pag. 576). In una parola, il feto non solo dovrebbe nascere vivo, ma bensì atto a vivere. I racconti di feti scampati, benchè venuti alla luce da parti immaturi, debbono ritenersi più che straordinari, favolosi. Quivi però piacemi notare, come Gian Pietro Frank (l. c., T. II, pag. 215), a proposito della probabile conservazione di feti tratti alla luce avanti il 180.° giorno di vita uterina, avesse presentito il ritrovamento della *incubatrice*, alloraquando disse: a forza di esperimenti, perverremo forse a fare del feto umano, ciò che l' industrioso Egizio, misurando attentamente il calore, sa fare colle uova. Pei risultati dell'uso delle incubatrici, vedi PERICLE SACCHI « Il parto precoce artif. nelle stenosi pelviche più comuni. » *Annali di Ostet. e Ginec.*, anno XIII, 1891, pag. 106 e seg.

Ma pur di evitare il taglio cesareo vedemmo in questi casi dal Rizzoli suggeriti gli sbrigliamenti sul collo. Quivi però conviene l'accennare come questi sbrigliamenti debbono essere intesi, imperocchè se innocui possono essere allorchè istituiti sul collo scomparso, o per meglio dire sull'orificio esterno resistente e di poco dilatato, o dilatabile per deficiente cedevolezza, ben diversamente sta la bisogna allorchè l'ostacolo risieda a livello dell'interno e conservato sia il collo in lunghezza (1). Nè varrà l'obbiezione dell'agire sopra donna spirata, imperocchè la preferenza che il Rizzoli dava alle vie naturali sul parto cesareo, era precipuamente basata sulla incertezza dei segni di sicura morte. Ed anche il Tibone, discorrendo del parto forzato, dice che di solito non molto efficaci riescono le istero-stomatotomie, anche su collo già scomparso ed assottigliato, e di più le chiama pericolose non solo per la madre, ma ben anco pel feto che viene strappato a stento per una via insufficiente (2).

Ora, sia che la dilatazione venga forzatamente eseguita dalla mano (pur ammettendo di riuscirvi) o dagli istrumenti, sia che questa venga agevolata dalle multiple incisioni sul collo (3), l'impresa deve necessa-

---

(1) Anche il Morisani (l. c., pag. 663) concede poco valore alle istero-stomatomie a collo lungo rigido e non preparato alla dilatazione, anzi le chiama « per lo più inutili » e vi sostituirebbe volontieri, ad imitazione di Hyerneau, la dilatazione strumentale.

(2) Riguardo alla dilatabilità ed alla dilatazione del collo uterino, sia manuale che istrumentale. Vedi Cuzzi. *Trattato di ostetricia.* Volume II, Sommario I, l'opera è in corso di stampa.

(3) Recentemente il Dührssen « Sul valore delle profonde incisioni del collo della vagina e del perineo in ostetricia. » *Arch. f. Gyn.*, B. XXXVII, H. I, « ha raccomandato assai le incisioni del collo spinte fino alla inserzione vaginale, ma queste sono da ritenersi pericolose per l'emorragia che ne può conseguire, ed oltre a ciò la distensione inevitabile durante l'estrazione del feto può produrre un pericoloso prolungamento verso i forcini della soluzione di continuo per semplice lacerazione (Cuzzi). La dilatazione poi conseguita con istrumenti, che l'odierna meccanica ha perfezionato, non sarà così facilmente ottenibile per la eccessiva forza sviluppata da quei congegni. Notisi anche che il loro uso non è alla portata di tutti. Con ciò io non voglio dire di rifiutare simili potentissimi soccorsi; è passato quel tempo in cui potè essere scritto essere *i dilatatori giustamente relegati dall'armamentario e dalla pratica* (Tibone). Soltanto io reputo che il loro uso debba attenersi ad indicazioni ben precisate; di rado per l'urgenza dell'azione sarà dato il caso di ricorrere sopra donna morta od agonizzante, ma utilissima invece tale meccanica dilatazione, come lo stesso Rizzoli la praticava, cioè quando a motivo di una malattia insanabile, *non rimanevano che poche giornate* di esistenza alla gestante, ed il feto era tuttora vivente, affine di salvarlo con tanta maggiore sicurezza. E lo stesso ostetrico avverte anche, che ciò doveva farsi allora-quando l'indole della malattia fosse tale da renderla suscettibile di guarigione, sbarazzando l'utero dal prodotto del concepimento. Non credo opportuno diffondermi quivi sopra le critiche che alla rapida forzata strumentale dilatazione degli orifici uterini potrebbero essere mosse; solo mi limiterò ad accen-

riamente richiedere un tempo prezioso il quale andrà a tutto detrimento della possibilità di vita del feto. Nè è vero, che passata che sia la mano attraverso alla cervice uterina, anche a prezzo di considerevoli stenti, sia poscia agevole cosa il rivolgere il feto ed estrarlo, imperocchè passato il tronco, la testa, parte più voluminosa, potrà opporsi all'ulteriore disimpegno e volendo bruscamente forzare il suo passaggio, potremo andare incontro ad altri pericoli, pei quali il feto già compromesso correrà il rischio di soccombere nell'atto stesso della estrazione, o venire alla luce senza la speranza di essere rianimato.

Voglio dire dei pericoli della asfissia provocata dalla compressione sul cervello nell'atto in cui la testa sorpassa l'orificio uterino, la vagina ed il piano perineale. Sono noti gli studi del Leyden e di Schultze, i quali hanno sperimentalmente dimostrato gli effetti che sono provocati dalla compressione esercitata sull'encefalo, nè qui torna utile che io maggiormente mi diffonda con vana pompa d'altrui erudizione (1). A me basti il ricordare che quelle difficoltà dell'estrazione del capo cui poc'anzi accennava, oltre al ritardo della estrazione, possono, per altre cause, tristamente influire sulla esistenza del feto che noi intendiamo salvare. So benissimo che la testa fetale può subire notevoli riduzioni addattandosi alla filiera pelvica, senza che per questo ridondi alcun pericolo al nascituro, ma se ciò accade in via normale, non va dimenticato che nei casi in cui la donna è morta, oppure là ove la morte è imminente, il feto si trova già in abnormi condizioni, sofferente pel morbo stesso materno, e che urgendo rapida e pronta l'azione, noi siamo obbligati a dispiegare una forza ragguardevole inevitabilmente ripercossa sull'estremo cefalico. Nè mi si potrà obbiettare essere insufficiente per una letale compressione la resistenza opposta dall'orificio uterino o quella del piano coccigeo-perineale, sebbene lo Schultze sia di tale avviso. Anche il Tibone (2) concede grande valore alla resistenza di tale orifizio *specialmente alloraquando la sua dilatazione non*

---

nare (ciò che fu già del resto da parecchi osservato e reso noto), che ammesso pure di ottenerla, questa dilatazione è bene spesso illusoria, imperocchè cessando l'azione dilatante, gli orifici riprendono ben presto le pressochè primitive dimensioni. In omaggio tuttavia alla verità conviene dire, che ciò può altresì essere osservato quando la dilatazione è manualmente ottenuta.

(1) Cuzzi. Vedi opera in corso di stampa e le citazioni di Schwartz, Pfluger.

(2) Tibone. « Contributo allo studio delle cause della morte del feto in soprapparto. » *Atti del XII Congresso della Associazione Medica Italiana*, anno 1888. Pavia, tipogr. Fusi, pag. 545, vol. I.

è ancora completa. Infatti se la forza che talora bisogna mettere in giuoco è capace di produrre delle lacerazioni del collo, potrà altresì, io credo, reputarsi più che sufficiente a manifestarsi sotto forma di compressione; per cui, cacciato tutto il liquido cefalo-rachidiano nel canale vertebrale del feto, ne consegua la morte (Leyden).

Nè pure sembrami avere maggior peso l'altra obbiezione che potrebbe rivolgersi, e cioè essere impossibile una esagerata compressione da parte dell'orificio sulla testa, quando già passati dall'orificio medesimo sono la mano dell'operatore e tutto il tronco fetale; poichè (come argutamente osserva il citato prof. Tibone a proposito della proposta del Truzzi, il quale si mostra propenso al rivolgimento nei casi di incompleta ossificazione della testa, appunto per evitare che questa affronti le resistenze del canale generativo) il capo è sempre più voluminoso del tronco, ... e nella estrazione manuale podalica si fa inevitabile la pressione sui lati del capo, anche nel momento in cui l'utero è inerte ed i muscoli addominali annientati dalla narcosi cloroformica.

Qualora poi per poco si volga la mente alla possibilità che per prematuranza l'estremo cefalico sia costituito da sottili e cedevoli ossa, di leggieri ci faremo capaci come ancor più dannosamente possa influire sulla funzione cardiaca fetale, già per altre cause compromessa, la pressione sull'encefalo dall'orificio uterino esercitata (1).

Oltre poi alle difficoltà summentovate non vanno poste in dimenticanza tutte quelle che con sè apporta il parto agrippino e la versione podalica, che credo superfluo di qui enumerare, quali a cagion di esempio, la ricognizione della posizione del feto, l'afferramento dei piedi, la estrazione del tronco, l'eventuale sbarramento degli arti toracici, la rotazione artificiale del capo, e va dicendo. Ed anche il Morisani (2) non occultando gli ostacoli che s'incontrano nella estrazione di un bambino col rivolgimento, praticato a termine di gestazione, dice che questi saranno per certo di gran lunga maggiori nel caso di cui è il discorso. Simili ragionamenti aveva pure espresso il Cazeaux nel

---

(1) Per cui a ragione il Tibone diceva che le difficoltà che spesso s' incontrano nel parto forzato sono tutte a danno del feto, del quale, se per avventura è gracile od immaturo, « le inevitabili pressioni e stiramenti comprometteranno gravemente il tenero organismo. » Loco cit., pag. 31.

(2) Morisani. « Sul parto cesareo nella donna agonizzante. » *Giornale internaz. delle scienze mediche,* anno 1883.

suo trattato (pag. 1065). Nè ciò basta, poichè anche le parti esterne della generazione eventualmente tumide per imbibizioni edematose e la impreparata vagina, e la possibilità che alla donna torni nuovo il partorire, formeranno condizioni, che da sole, o riunite possono essere di non lieve ostacolo alla effettuazione dello sgravio artificiale. Del resto Camphell (1) per esperienze istituite sopra cadaveri di donne morte di parto, potè convincersi delle difficoltà che si oppongono a rivolgere il feto, difficoltà che lo stesso Esterle non ha punto occultate.

Da quanto venni fino ad ora esponendo, parmi, lo ripeto, che ad ottenere con facilità il parto (nel concetto primitivo del Rizzoli) e con questo presumere di salvare il feto, sia necessaria una sufficiente preparazione uterina anche non manifestamente palese, ed agevolata da quelle peculiari condizioni di rilassatezza degli orifici che seco suole addurre la morte, e specialmente ove questa sia di lunga mano ordita da malattia a lento decorso. A proposito della quale, imparzialmente giudicando da quanto è riferito dal Corradi nella tavola in cui raccolse i parti artificialmenti ottenuti per le vie naturali da donne morte (2), emergerebbe che in realtà la cessazione della vita deve aver influito sulla facilità del passaggio della mano e del feto attraverso gli orifici uterini, conciossiachè questi sopra diciasette osservazioni presentarono condizioni favorevoli nella maggior parte; — benchè in talune questa particolarità non sia accennata — e laddove fu notata o lunghezza, o soverchia resistenza del collo, pur nondimeno l'intervento fu facile, facendo astrazione dal caso narrato dal Belluzzi nel quale, sebbene la bocca uterina fosse aperta per la estensione di una moneta di due lire, ei trovò non lievi difficoltà nell'atto del passaggio del capo attraverso alla medesima, benchè la donna, ch'era gravida nel 7.° mese fosse gia da un'ora spirata.

Aggiungerò che nessuna lesione apprezzabile, o maggiore di quelle che sogliono accadere nei parti spontanei, fu riscontrata in quelle gravide morte che furono nella anzidetta maniera liberate.

Quali furono i risultati pei feti estratti? Dice il Corradi che di 19 bambini soli tre camparono, e fa il conto di 19 essendosi per ben due

---

(1) CAMPHELL (Charles-James). « De l'accouchement des femmes à une époque avancée de la grossesse. » Thèse de Paris, 1849, pag. 50.

(2) CORRADI. Vedi Tav. *A* a pag. 1467.

volte, nelle 17 osservazioni, osservata la gravidanza bigemina. Ciò non è conforme al vero per una inesattezza in cui incorse l'illustre storiografo della ostetricia italiana, il quale calcolando per bigemina una gravidanza che non lo era, introdusse nella statistica un feto salvato, che non dovea figurare.

E l'inesattezza tocca la seconda osservazione della succitata tavola e precisamente quella di cui narra il Giovanini nel *Bollettino delle Scienze mediche di Bologna,* dell'anno 1863, Tomo XIX, serie IV (1), a pag. 166-167; ove il seguente periodo (che amo riportare alla distesa per rettificare l'abbaglio) fu la indubbia ragione dell'equivoco. Dice adunque il Giovanini: « ....trovando difficoltà per la estrazione del capo, » e ricordandomi che per qualche angustia nel diametro antero-poste- » riore della pelvi, nel 10 Giugno 1842 (2), aveva io stesso in questa » povera donna eseguita felicemente col forcipe l'estrazione di una bam- » bina a termine, preferiva, ad ulteriori trazioni probabilmente frustra- » nee, di ricorrere pure in questo caso, al forcipe; con cui, se non ebbi la » soddisfazione di portare alla luce, *come nel primo, il feto vivente,* quella » m'ebbi della facilità onde poter applicarlo, e compiere agevolmente e » senza lacerazione alcuna, la mia operazione; colla quale, ripeto, è a » ritenersi sarebbesi *il feto* preservato, se prima della medesima non » avesse già cessato di vivere. »

Chiarito per tanto l'equivoco, o rettificata la inesattezza, ancor più manifesto appare lo scoraggiante successo, non essendo la perdita dei feti ragguagliata all'80 °/o, ma sibbene all'89. Che se poi ci rifacciamo a depurare siffatta statistica nel modo istesso seguito dal Corradi, levando cioè da essa i 4 casi in cui i feti non toccando i 7 mesi non erano atti a vivere, e quelli in cui essi erano premorti (e furono 7) benchè oltrepassato avessero il 180.° giorno di vita intra-uterina, noi troveremo che la perdita non si riduce al 57 per cento, ma questa sale alla cifra di 72. 61.

Tuttavia i risultati sarebbero sempre migliori di quelli ottenuti col taglio cesareo: se non che, come avverte lo stesso Corradi, « pei

---

(1) « Intorno la convenienza del parto forzato in sostituzione del taglio cesareo. » Lettera del prof. cav. Giovanini Gaetano al chiar. dott. Ferdinando Verardini. È questa appunto la indicazione bibliografica offertaci dal Corradi.

(2) Il caso in discorso invece occorreva addì 30 Maggio 1845.

» casi di questo, non essendo possibile di fare la deduzione delle morti » avvenute innanzi che l'atto operativo incominciasse, deduzione che in » parte potemmo fare rispetto all'anzidetto parto artificiale, e che è af- » fatto indispensabile per giudicare comparativamente della utilità o dei » danni dell'uno o dell'altro modo di operare, » nessun giudizio può essere emesso, e concludeva non andare « forse troppo lontano dal » vero affermando, che tra le due maniere di sgravare le morte gravide » non aversi, riguardo alla possibilità di campare per esse la creature » notabile differenza; perocchè il maggior tempo necessario per com- » piere il parto artificiale, essere compensato dalla minore attesa, in » confronto del taglio cesareo, nell'imprendere l'operazione. » Inoltre aggiungeva: « Che poi il parto medesimo (intendi il forzato) possa » farsi di solito agevolmente, o con non molta difficoltà, quandanche il » naturale travaglio non sia cominciato, ne fanno prova le osservazioni » compendiate nel mentovato prospetto. » (1).

Ma quivi io mi permetto di avanzare un'idea la quale mi sorge come un dubbio nell'animo, senza che per questo, io spero, possa venir tacciato di riprovevole incredulità, verso quanto fu studiato e scritto da diligentissimi osservatori. E cioè se è vero, che nessun dato certo può assicurarci della morte della madre, non è egli possibile che nei casi nei quali il feto fu estratto vivente la madre non avesse per anco varcato quel limite, oltre il quale non v'ha ritorno? (2). Non abbiamo noi forse conoscenza — ed io li ho già ricordati — dei quattro casi spettanti a un Golinelli, a un Rivani, a un Tallinucci, a un Finizio (3), nei quali appunto le madri furono operate perchè credute morte, mentre in realtà non lo erano, e che anzi poterono essere ridonate alla salute? (4).

Nè potrà valere l'obbiezione, che la stessa facilità della riuscita nell'intervento possa essere la prova della morte reale della gravida, imperocchè chi mai potrà cancellare dall'animo il sospetto, che a quegli

---

(1) Vedi Tav. I, loco cit.

(2) Ad eccezione, come dissi, del caso del Belluzzi, in cui la donna era già morta da un'ora, negli altri il tempo trascorso dalla morte alla operazione, fu così definito: *subito dopo, — non molto dopo.*

(3) Vedi la Tavola B nell'opera del Corradi a pag. 1458-1459.

(4) Ricordisi anche ciò che accadde al d'Outrepont, sperimentato ostetrico come tutti sanno, che tenne per morta una donna, la quale, se non tagliò fu solo perchè la medesima rinvenne nel frattempo ch'egli erasi assentato pei necessari strumenti (Corradi).

operatori, persuasi di agire sopra donna trapassata, non siano sembrati eccessivi o quanto meno notevoli quegli sforzi, che forse sulla vivente non avrebbero, per timori di eventuali pericolose lesioni, intrapresi?

Del rimanente questa condotta non doveva forse essere la logica conseguenza della pratica propugnata dal Rizzoli? Imperocchè se alla gastro-isterotomia vennero dati gli epiteti di *ripugnante,* di *orrenda,* di *inumana,* fu solo per la tema di agire sopra donna non ancor morta, ed urgendo la sollecitudine, l'azione per vie naturali (generalmente accolta senza difficoltà dai congiunti, come quella che non abbisognando di speciali ordigni rassomiglia ad altri interventi che si sogliono praticare in molto ostetriche contingenze di minor conto) (1), permetteva di sorpassare a quegli inevitabili indugi, resi pure necessarii per l'accertamento della morte medesima. E perciò solo io credo il parto artificiale istantaneo alla Rizzoli potè vantare di aver salvato qualche feto, senza bisogno di voler vedere nella sua manualità maggiori o peculiari vantaggi di tecnica o di celerità che gli vollero essere da' suoi fautori attribuiti.

(Continua).

---

(1) Otterbourg. « De l'opération césarienne après la mort. » *Gazette des Hôpitaux,* anno 1861, 35, n. 106 (in Bibl. Osped. Magg.).

Dott. C. DECIO

Le ombre radiografiche di Röntgen

IL FENOMENO FISICO - SUE APPLICAZIONI ALLA MEDICINA
E FUTURI ORIZZONTI PER LE INDAGINI OSTETRICO-GINECOLOGICHE

« Aguzza qui, lettor, ben gli occhi al vero,
Chè il velo è ora ben tanto sottile,
Certo, che il trapassar dentro è leggiero. »

DANTE. *Purg.*, C. VIII, 19.

Non doveva finire il secolo XIX senza che una nuova scoperta nel campo della fisica sperimentale venisse a destare l'ammirazione del pubblico, e a mettere i cultori delle scienze sulla via di ricerche più profonde, allo scopo di sviscerare viemmaggiormente un fenomeno dal quale, pur lasciando da una parte le esagerate applicazioni pratiche incautamente od intempestivamente annunciate dai giornali politici, è lecito sperare possano realmente scaturire nuove verità che alla loro volta ci porteranno a nuove scoperte e ad utili applicazioni.

Oggidì, davanti all'acquisto scientifico del prof. Röntgen, e del quale tanto si parla, noi non possiamo congetturare ancora di quanto la scoperta frutterà in avvenire; chi avrebbe immaginato ai tempi di Alessandro Volta le infinite applicazioni della pila, alle cui dipendenze e non ultima certo, vediamo oggidì la scoperta del prof. di Würzburg, intorno alla quale in poche settimane soltanto si è accumulata tale un'abbondante letteratura, da rendere assai difficile il completo possesso della medesima?

Giova tuttavia dichiarare che non tutti gli articoli apparsi e che noi vediamo, si può dire quotidianamente, apparire sui giornali, sono improntati a quel carattere di serietà che dovrebbe essere la dote precipua di fatti spettanti a materie scientifiche, il che è di grave danno, poichè anche il pubblico colto ed intelligente, ma per natura

proclive a facili entusiasmi ogni qual volta viene annunziata una nuova scoperta, non può in siffatta guisa rilevarne la reale importanza, nè quella delle sue pratiche applicazioni. Così non appena si seppe della scoperta di Röntgen, quanti non credettero che al pratico esercizio della medicina si fossero dischiusi nuovi orizzonti, quanti non credettero di poter avere il ritratto, per così dire, del proprio cuore, dei propri polmoni, quanti si lusingarono a tutta prima, che niun fatto morboso avrebbe potuto sfuggire quindi innanzi all'occhio vigilante del medico!

Il risultato che ha maggiormente attirata la curiosità, e destata la meraviglia, fu indubbiamente l'immagine dello scheletro della mano, e fu appunto da tale risultato che di subito si pensò che il procedimento avrebbe posti i chirurghi in possesso di un mezzo d'indagine clinica destinato a rendere i più meravigliosi servigi. Certamente il metodo troverà una razionale applicazione in un numero svariato di casi, ma fino ad oggi, è sempre ristretto ad una data cerchia d'indagini, a meno che nel procedimento col quale si ottengono quelle immagini (impropriamente chiamate fotografie), possano essere introdotte per l'avvenire delle profonde modificazioni.

Desiderando dare una nozione sommaria della scoperta che ha già fatto tanto parlare di sè, io vedrò di riunire, per quanto mi sarà possibile (come in una rivista sintetica), i principii sui quali essa è basata, il che mi obbligherà a ripetere alcune nozioni di fisica generale, dopo di che andrò riassumendo quelle applicazioni pratiche, che nel campo della chirurgia hanno già meritato un posto stabile, e toccherò infine in modo particolare dell'avvenire che la scoperta promette alle indagini diagnostiche ostetrico-ginecologiche.

Tutti sanno che a spiegare i fenomeni dell'universo sensibile i fisici ammettono due principî: materia ed energia, trasmettente questa le sue azioni per onde nella materia ponderabile e nell'*etere* imponderabile, che si suppone attraversare e riempire tutti i corpi. Ora sarebbe a secondo delle modalità del movimento dell'etere, che l'energia ci si manifesterebbe ora come agente luminoso, ora come agente elettrico, magnetico, calorifico e va dicendo.

Così pure tutti conoscono che la materia che costituisce i corpi visibili od invisibili (gli aeriformi sono in parte anche visibili, vapore di jodio, cloro, ecc.), si ammette composta da atomi o molecole assai

distanti fra di loro, e che la luce, specie particolare di movimento si propaga in linea retta.

La trasparenza, la translucidità o l'opacità dei corpi dipendono dalla loro costituzione fisico-chimica, e di questa è pure a dirsi che influisce sulla velocità con cui le diverse specie di raggi si propagano in una stessa sostanza.

È appunto secondo una tale teoria che viene spiegato il fenomeno della scomposizione della luce attraverso del prisma, nei colori che si sovrappongono in ordine di loro rifrangibilità.

I diversi raggi che simultaneamente emanano dal sole, subiscono infatti una diversa rifrazione secondo la loro natura, e raccolti in fascio su di un prisma, deviano più o meno dalla linea retta dando luogo a quel fenomeno chiamato *spettro solare*, striscia dai colori dell'arco baleno in cui si succedono il rosso, l'aranciato, il giallo, il verde, il bleu, l'indaco e il violetto, vera gamma cromatica luminosa. Ma è noto che lo spettro solare (presa questa locuzione ad indicare non il solo spettro visibile, ma il complesso delle radiazioni che il sole c'invia), si estende considerevolmente oltre ai limiti dei colori manifestati, e come al di là del rosso noi abbiamo dei raggi invisibili calorifici che hanno un'azione palese sui termometri, così al di là del violetto furono trovati già da tempo dei raggi invisibili che hanno un'azione sulle lastre fotografiche, ai quali venne dato il nome di raggi attinici (1). Maxwell studiando l'elettro-magnetismo era venuto nella supposizione che tutti codesti raggi non fossero, così a dire, che casi particolari di un ordine più generale di raggi, i raggi elettro-magnetici, che ad Hertz fu dato di scoprire sperimentalmente. Fino a pochi mesi or sono si conoscevano adunque quattro specie di raggi, vale a dire, i calorifici, i luminosi, gli attinici, gli elettro-magnetici, i quali tutti benchè diversi gli uni dagli altri, appartengono tuttavia ad uno stesso ordine di fenomeni e presentano tutti i fenomeni di riflessione, rifrazione semplice e doppia, polarizzazione ed interferenza.

Ma ecco che nello scorso mese di Dicembre il prof. Röntgen di Würzburg, rende nota un' altra specie di raggi invisibili che non go-

---

(1) I raggi meno rifrangibili, quali il rosso e l'aranciato appaiono quelli, fra i raggi visibili, in cui il potere calorifico si manifesta con intensità maggiore, i medi, giallo, verde, bleu, sono dotati più che gli altri di grande potere luminoso, l'indaco ed il violetto danno luogo sopratutto a fenomeni chimici.

dono delle comuni proprietà sovraccennate, e sarebbero invece dotati dalla proprietà di attraversare i corpi opachi ai raggi luminosi.

Senonchè, per procedere con ordine nella esposizione dei fatti che lo portarono alla scoperta, m'è duopo accennare sommariamente a ciò che intendasi per tubo di Crookes e per raggi catodici.

Credo superfluo rammentare quel primitivo apparecchio volgarmente conosciuto col nome di *uovo elettrico*, grossolanamente paragonabile ad un'ampolla di vetro nel quale è possibile ottenere la rarefazione dell'aria per mezzo d'una macchina pneumatica. I due poli dell'ampolla sono trapassati da asticine metalliche che terminano con una piccola sfera, ed una di esse asticine è mobile in guisa da poterla avvicinare all'altra. Se una scarica di una batteria viene fatta passare per le asticine, oppure anche una corrente di una certa quale intensità, invece di presenziare alla solita scintilla, noi scorgiamo un fascio luminoso che assume una forma ovoidale di perfetta regolarità. Questo apparecchio che servì per lo studio della trasmissione della scintilla elettrica attraverso a vari mezzi gasosi, e attraverso a svariati vapori, diede origine a quei così detti tubi di Geissler, ormai noti, e che spesso attirano la curiosità, allorchè sono esposti nelle vetrine dei negozianti di strumenti di fisica. Oltre a tutte le svariate produzioni di colori che noi vediamo nelle molteplici strozzature di quegli apparecchi, la corrente determina sul vetro un particolare fenomeno che noi troviamo comune ai tubi di Crookes, il fenomeno cioè della fluorescenza.

Il tubo di Crookes consiste essenzialmente in un recipiente di vetro ermeticamente chiuso, le cui estremità si vengono assottigliando ai due estremi pei quali passano due fili di platino, che nella parte interna del tubo hanno piccola lunghezza, e di cui, ordinariamente, uno regge per il centro di figura una calottina di alluminio.

Crookes nel 1879 riuscì ad ottenere nel tubo la rarefazione dei gas ad un grado fino ad allora ignoto, e con ciò egli vide che facendo passare la corrente di un rocchetto ad induzione, all'estremità che corrisponde al polo positivo (anodo), si rende manifesta la fluorescenza, nel mentre che l' opposta estremità, che corrisponde al polo negativo (catodo), rimane quasi nella oscurità.

Questi fenomeni scompaiono se si abbassa la rarefazione gasosa, e pare che non avvengano nel vuoto assoluto, ma che alla loro produzione sia necessario che il tubo contenga un picciol numero di mo-

lecole gasose. Così il Crookes fu inclinato a vedere in questo mezzo fisico costituito da poche molecole, un quarto stato della materia, cioè a dire lo stato *radiante*, assai differente dal terzo od *aeriforme*.

Ma donde origina il fenomeno? Ecco come esso viene spiegato nel giornale la *Revue Générale des sciences pures et appliquées* (30 Gennaio): « Quando la scarica elettrica viene a prodursi dal polo negativo o catodo, verso il polo positivo, orienta le molecole nella sua direzione, scagliandole come palle sul fondo del tubo opposto al catodo. Precipitate con meravigliosa celerità e nella direzione dei raggi emanati dal catodo, le molecole verrebbero a percuotere il vetro, e come manifestazione della modificazione della loro forza viva, apparirebbe la suaccennata fluorescenza. »

Adunque nello spazio oscuro che circonda il catodo, hanno origine raggi particolari diretti verso l'estremità opposta del tubo, la cui parete ne arresta la propagazione. Sono questi i raggi che vennero qualificati coll'appellativo di *catodici*.

Già da tempo però si conosceva che i raggi emanati dal catodo ed arrestati, per così dire, dall' anodo, potevano in parte sorpassare tale barriera, od in altri termini, si supponeva che i raggi catodici fossero accompagnati da altri, che erano passati inosservati a Crookes, i quali avevano la proprietà di attraversare i mezzi opachi, e di impressionare diverse sostanze fluorescenti, come i sulfuri alcalini, terrosi e così dicasi di altri corpi composti, quali, a cagion d'esempio, i sali di argento.

Il Tommasi (1886) coi raggi catodici aveva potuto ottenere delle immagini, diremo, radiografiche e concludeva che la luce elettrica, astrazione fatta dai raggi attinici, conteneva un'altra specie di raggi che egli denominò *elettrici*, capaci di produrre le immagini sopra lastre sensibili, indipendentemente dall'azione dei raggi luminosi. Nè ciò basta poichè queste esperienze avevano già trovata appianata la via da altre antecedenti; e per tale motivo vedonsi ogni giorno colonne di giornali esaurire il dizionario delle insinuazioni contro la scoperta del prof. Röntgen allo scopo di rivendicare la priorità a Hittorff, a Guillaume, ad Hertz, a Lenard, al parigino Boudet e Tommasi. Taluno, ricordando appunto le esperienze di quest'ultimo, che furono oggetto di una comunicazione all'Accademia delle Scienze, non nasconde il proprio rammarico nel vedere che il pubblico si è solo interessato della scoperta

allorquando la luce arrivò dall' estero, e ad altri annunziando che i raggi emanati dai tubi di Crookes sono da lungo conosciuti, lamenta che la stampa quotidiana, che tanto si è interessata dei raggi del professore di Würzburg, abbia completamente dimenticati gli altri, conosciuti sotto il nome di *catodici. On voit que tout ce que l'on savait dejà par les rayons cathodiques, M. Röntgen nous le répète pour ses nouveaux rayons, mais en l'exagérant par des expériences bien instituées. Alors qu'est-ce qu'il y a de neuf? Nous répondrions volontiers: Rien de tout....* Ed altri ancora fa notare che la scoperta fotogenica dei tubi di Crookes non devesi intieramente attribuire al Röntgen, ricordando i fatti già resi noti dagli accennati sperimentatari. Ma a che pro consimili denigrazioni?

Si può dire che le esperienze del prof. di Würzburg furono da altre consimili precedute, e ciò varrà una volta di più a dimostrare come in fatto di scienze si proceda spesso per gradi, varrà a dimostrare come dallo studio paziente possa un acquisto scientifico complesso essere scisso nelle sue più recondite costituzioni, ma non è dignitoso, non è nobile che un mal inteso *chauvinisme,* portato nel campo delle scienze, che non dovrebbe conoscere barriere o confini di nazionalità, proclami che gli interessanti risultati delle esperienze di Röntgen, « n'ont eu sans doute autant de retentissement que parce qu'ils ont été illustrés, en quelque sorte, par une expérience saisissante: la photographie des os d'une main vivante. »

Se un simile asserto può attagliarsi per la parte, direi quasi, teatrale e magica della scoperta, non vale nel linguaggio della scienza poichè nessuno potrà disconoscere, prescindendo da qualsiasi applicazione pratica presente o futura, che il prof. Röntgen ha messo brillantemente in evidenza una nuova forma di radiazione che si distingue dai così detti raggi catodici, e che a buon diritto l'Università di Würzburg volle chiamare col nome dello scopritore. E se fosse lecito offrire un paragone volgare, ma che sembrami efficace a definire la questione, potrebbesi dire che, benchè da tempi remoti si conoscessero le proprietà febbrifughe della corteccia di china, e le stupefacenti dell'oppio, pur nondimeno fu solo allorchè la chimica riuscì a separarne alcaloidi, che la scienza potè sicuramente e precisamente sapere a quali dei componenti le dette sostanze dovessero ascriversi le proprietà sovraccennate.

Del resto giova notare che lo stesso Röntgen affermò le proprie esperienze basate sulle precedenti di Lenard, il quale aveva dimostrato i raggi catodici passare attraverso ad una sottile lastra metallica, ad un foglio di carta, e che cadendo sopra un corpo fosforescente avevano la proprietà di renderlo oltremodo visibile. Ma una tale *grossolana* rassomiglianza di proprietà, che noi vediamo comune a queste due qualità di raggi, non vale a diminuire il pregio della scoperta di Röntgen, il quale seppe, per così dire, dai raggi catodici *isolare* quelli che chiamò X, e lo stesso Santini afferma che essi differiscono talmente in certi punti dai raggi catodici, che è d'uopo attribuire ai medesimi una natura diversa, almeno in ragione delle numerose proprietà che manifestano.

Ma come mai il Röntgen potè giungere al nuovo acquisto? Avendo egli avvolto un tubo di Crookes in un involucro di cartone nero, in modo che la luce non potesse assolutamente uscirne, ed avendo posto il tubo in una camera oscura vide (all'atto che si produceva la corrente nell'apparecchio), che un foglio di carta ricoperta di platino-cianuro di bario situato in prossimità del tubo diventava fluorescente, e che la fluorescenza persisteva anche coll'allontanare quel foglio alla distanza di due metri.

E per ispiegare un simile fenomeno gli fu forza ammettere che dal tubo di Crookes preparato nel modo anzidetto, trapelasse una energia capace di attraversare lo strato di cartone nero, e di eccitare la fluorescenza nel platino-cianuro di bario, e questa energia, questo agente non doveva essere confuso colle visibili radiazioni, e tanto meno coi raggi ultra-violetti verso i quali il cartone si mostra perfettamente opaco, e coi raggi catodici che, come fu visto, sono incapaci di sorpassare lo spessore dei tubi di Crookes, e che per di più nell'aria non possono propagarsi oltre la distanza di pochi centimetri. In una parola egli intuì una nuova specie di raggi invisibili dall'occhio nostro, differenti dai catodici, ma che vengono da essi prodotti, o per meglio dire che si formano nel punto in cui le radiazioni catodiche vengono a colpire la parete vitrea del tubo, dando luogo al fenomeno della fluorescenza.

In allora postosi allo studio delle proprietà di questi raggi invisibili dalla retina, conobbe che essi manifestavano la fluorescenza anche sul solfuro di calcio, sul vetro d'uranio, sullo spato d'Islanda, vide che

pur essi erano capaci di impressionare le lastre fotografiche e così ora con schermi fluorescenti, ora colle comuni lastre al bromuro d'argento osservò il diverso modo di comportarsi dei vari corpi rispetto ai nuovi raggi, vale a dire ponendo fra il tubo e lo schermo fluorescente vari corpi, egli vide quali fossero trasparenti pei detti e quali no, vide che essi passavano attraverso ad un volume di mille pagine, a lastre metalliche di 2 o 3 centimetri di spessore, in una parola attraverso corpi opachi; vide che la opacità di un corpo cresce con la sua densità, ma notevolmente con maggiore rapidità che questa densità, così che il platino che è solo dieci volte più denso dell'alluminio, è invece ben 200 volte più opaco. Egli allorquando in seno alla Società fisico-medica di Würzburg diede lettura della sua breve comunicazione (nella quale accennò alle belle ricerche di Lenard sul passaggio dei raggi catodici attraverso all'alluminio), parlò solo di una scarsa quantità di corpi dei quali aveva esperimentata la trasparenza, ma il nostro Vicentini, datosi a siffatte ricerche nell'Istituto di fisica della R. Università di Padova, e sperimentando con corpi solidi presi ad uno spessore pressochè uguale per tutti, e con liquidi contenuti in iscatole di carta paraffinata, giudicando la trasparenza riferendosi ad un dischetto di cartone come termine di confronto, potè giungere ai risultati che emergono dalla seguente tabella:

CORPI		
OPACHI	SEMI-TRASPARENTI	TRASPARENTI
Solidi.	*Solidi.*	*Solidi.*
Potassio	Alluminio	Sughero
Stagno	Sodio	Cartone
Zinco	Ebonite	Legno dolce
Ferro	Carbone di storta	Carbone di legna
Ottone	Mica.	Zucchero
Rame		Cera
Piombo		Paraffina
Platino		Colofonia
Mercurio		Gomma lacca.
Fosforo		
Solfo		
Salgemma		

CORPI		
OPACHI	SEMI-TRASPARENTI	TRASPARENTI
Spato calcare Spato fluore Topazio Berillo Aragonite Barite Carbonato di piombo Tormalina Borace Vetro Quarzo.		
Liquidi.	*Liquidi.*	*Liquidi.*
Soluzioni sature alla temper. di 10° Solfato di zinco » di rame » di ferro » di cobalto Bicloruro di mercurio Cloruro di sodio Ossolato neutro di potassio Solfato di magnesio Bicromato potassico Cloruro ammonico Solfato di nickel Cloruro di platino Nitrato ammonico Acido solforico Acido cloridrico.	Glicerina Ammoniaca Acido acetico Acido nitrico Acqua distillata Alcole.	Etere Soluzione eterea di bitume Benzina Olio di vaselina Petrolio Essenza di terebentina Anilina Olio di ulive.

Abbiamo visto come questi raggi passino con tutta facilità attraverso un volume di mille pagine, ad un pacchetto di carte da gioco, ma v' ha di più, perchè il fenomeno riesce attraverso ad un' assicella di pino di 4 cent. di spessore, ad una lastra d'alluminio di 16 millim., quantunque la fluorescenza quivi diminuisca. Due millimetri di platino lasciano ancora passare alcuni raggi, l' argento ed il rame sono trasparenti, in generale però i metalli (rame, argento, piombo, oro, platino), lasciano solo passare i raggi se l'esperienza viene fatta usando

di lamine assai sottili; i sali metallici solidi od in soluzione si comportano generalmente come i metalli stessi. Le carni sono trasparenti, le ossa invece relativamente opache e così nella radiografia di una mano lo scheletro risulta nettamente riconoscibile, mentre che gli altri tessuti, cute, cellulare, adipe, muscoli, tendini, nervi aponeurosi, vasi, come che di densità minore, sono rappresentati da una lieve sfumatura appena apprezzabile. Se sulle dita sono degli anelli questi invece risultano marcatissimi, pel fatto che il metallo è meno permeabile ai raggi di Röntgen.

Rinnovando tali esperienze invece che su di uno schermo fluorescente, su di una lastra sensibile fu possibile avere quelle immagini che impropriamente vennero dette fotografiche, ed alle quali competerebbe la più esatta denominazione di *immagini radiografiche di Röntgen* o di ombre.

Il processo per ottenere le quali nulla ha di comune con quelle con cui si praticano le consuete fotografie, dove l'oggetto da riprodurre deve essere rischiarato allo scopo di impressionare la lastra sensibile (negativa), e nel quale i raggi luminosi ricevuti dall'oggetto fotografando riflettonsi sulla lastra al bromuro d'argento producendovi quella reazione fotochimica, che passando a sua volta pel tramite di successive reazioni (sviluppo, fissaggio), danno luogo alla così detta negativa.

Nella radiografia alla Röntgen il procedimento è diverso, giacchè con esso non si ottiene una vera immagine, ma bensì una specie di ombra o proiezione, la quale potrebbe lontanamente essere paragonata a quella operazione che dicesi *stampa* col mezzo della negativa nel consueto procedimento della fotografia ordinaria. Se i raggi di Röntgen partendo dal tubo di Crookes e diretti alla lastra sensibile destinata a riceverli si incontrano con un corpo che possono sorpassare, la lastra verrà impressionata in totalità, se il corpo interposto invece è semitrasparente, la lastra rimarrà incompletamente impressionata, ed infine se il corpo interposto è affatto opaco, i raggi non avranno alcuna azione sulla lastra medesima. Di dietro adunque a corpi opachi risulterà una immagine *nera* (1) assai manifesta, che sarà solo grigiastra dietro ai corpi

(1) Intendi nera dopo che la negativa verrà stampata, vale a dire nera nel positivo.

semitrasparenti, e bianca risulterà infine la colorazione ove il raggio di Röntgen l'avrà colpita *direttamente* non solo, nello stretto senso della parola, ma ben anco passando attraverso a quei corpi che hanno la proprietà di lasciarsi perfettamente dai suddetti raggi attraversare. Di leggieri si comprende poi, che se il corpo interposto per l'esperienza è costituito da parti che godono delle tre proprietà suaccennate, si avranno delle sfumature graduate dal bianco al nero in ragione della maggiore o minore permeabilità dei corpi medesimi.

Come mai si propagano i raggi di Röntgen? Di già la nitida produzione delle ombre dei corpi opachi aveva in modo sicuro dimostrato la loro propagazione in linea retta, che fu poi cerziorata da ulteriori esperienze, come pure ulteriori esperienze di Benoist ed Hurmuzescu confermarono che la intensità delle azioni luminose destata dai raggi X sopra schermi fluorescenti posti a diverse distanze dal tubo di Crookes, varia in ragione inversa dei quadrati delle distanze, ciò che pure non era al Röntgen sfuggito misurando la loro propagazione con metodo differente. Ciò che invece non potè essere dimostrato fu la riflessione e la rifrazione dei suddetti raggi — od almeno fino ad ora — imperocchè le molteplici esperienze al proposito istituite non apportarono ad alcun risultato, ond' è che, assai argutamente il Pacher avverte coloro i quali delle cose amano restare soltanto alla buccia, che « *sono lungi dal vero credendo che le fotografie del Röntgen si possano ottenere direttamente coi processi fotografici comuni.* »

E poichè fino ad ora, dice il Carissimo « non si è potuto misurare la rifrazione nel passaggio da un mezzo ad un altro, parrebbe che i raggi si muovano con uguale celerità in tutti i corpi, o precisamente in un mezzo che è presente ovunque e nel quale le molecole dei corpi sono avvolte. Queste ultime costituiscono un ostacolo alla propagazione, e tanto maggiore quanto maggiore è la densità del corpo di cui si tratta. »

Anche i fenomeni d' *interferenza* non portarono ad alcun risultato positivo malgrado le acute investigazioni di Perrin, nè a migliore esito giunsero quelle dello stesso Röntgen per la *polarizzazione,* mentre al contrario assai interessanti furono le ricerche indirizzate a scoprire l' *azione di un campo magnetico,* il quale benchè intenso, non esercita alcuna azione sensibile sui nuovi raggi a differenza di quanto accade pei raggi catodici ordinari, che già il Lenard vide deviati dalla calamita.

Recentissime comunicazioni del prof. Righi hanno dimostrato che le radiazioni del prof. di Würzburg posseggono delle vere azioni elettrostatiche, vale a dire posseggono la proprietà di determinare la dispersione delle cariche negative e di dare origine a cariche positive nei corpi non elettrizzati, risultati questi contraddetti in parte da quelli ottenuti dal prof. Murani.

Il problema che occupa oggidì la mente dei fisici si è quello della natura dei raggi di Röntgen. Lo stesso scopritore, pel fatto delle loro analogie colle radiazioni luminose rispetto alla formazione delle ombre, rispetto alla fluorescenza, rispetto infine alle azioni chimiche, propende a credere che detti raggi siano dovuti a vibrazioni longitudinali dell' etere, contrariamente a quanto avviene per quelli dello spettro solare (ultrarossi, luminosi attinici) e per quelli catodici, dovuti invece a vibrazioni trasversali.

Questa ipotesi, dice il Pacher, per quanto sia da augurarsi vera, non fu ancora sottoposta ad alcuna verifica sperimentale e lo stesso Röntgen, riconosce la necessità di una più rigorosa dimostrazione della medesima. Lodge, Battelli, Garbasso, Salvioni, ammetterebbero che i nuovi raggi non consistano in alcuna specie di vibrazione longitudinale o trasversale, ma sibbene in una proiezione di esilissima sostanza dotata della proprietà di passare attraverso agli spazi intermolecolari dei corpi.

Altri finalmente opinano ancora essere i raggi di Röntgen delle vibrazioni trasversali dell'etere, analoghe a quelle che producono i fenomeni luminosi, ma differenti da questi per una breve vibrazione, e però nello spettro verrebbero a prendere una posisione molto al di là del violetto, e dovrebbero quindi considerarsi come raggi *ultra-ultra* violetti.

Tuttavia l'ultima parola non fu per anco pronunciata su tale questione, e giova sperare che nuove esperienze basate sulle ponderate e sistematiche pazienti ricerche dei laboratori, vengano definitivamente ad appoggiare qualcuna di queste vedute. Come bene si scorge, anche per questi studi soltanto, le ricerche del prof. Röntgen presentano un grandissimo interesse dal punto di vista teorico.

Abbiamo veduto come col procedimento di Röntgen si ottengano immagini di oggetti, le quali non debbono andare intese come la produzione di immagini fotografiche nel senso volgare della parola, bensì come l' ombra del corpo sottoposto all' esperimento, ombra ben

limitata se si vuole ne' suoi contorni, ma incapace di darci la cognizione del rilievo.

Ciò nondimeno assai approssimativamente lo spessore dell'oggetto può essere valutato, poichè l'impronta più o meno marcata di un corpo (dato di conoscerne, mi si permetta la frase, l'indice di trasparenza) ci potrà essere di guida nel giudizio. Assai approssimativamente, in quantochè l'apprezzamento dello spessore non potrà essere rilevato se non fra il minimo ed il massimo di trasparenza; e così, dato per esempio un corpo dotato di un minimo di trasparenza allo spessore di 5 millimetri, esso darà una macchia nera alla esperienza radiografica, che si confonderà con altre identiche prodotte dallo stesso corpo, a spessore maggiore.

E per la stessa ragione l'ombra più o meno marcata non ci potrà ragguagliare sulla trasparenza specifica del corpo che l'ha prodotta, appunto perchè la intensità dell'ombra medesima può essere ottenuta con corpi di trasparenza specifica assai diversa, a patto però di stabilirne il conveniente spessore (1). Le ombre radiografiche possono tuttavia esserci di grande aiuto in molte ricerche a scopo medico, come quelle che si prefiggono di stabilire la esatta posizione di un corpo straniero; di scoprire le deformità delle ossa, che già vedemmo godere della proprietà di mostrarsi opache ai nuovi raggi.

Sarà utile pertanto dare un'idea della tecnica per ottenerle, e lasciando da una parte le esperienze eseguite con schermi fluorescenti, diremo soltanto di quelle che si prefiggono di ottenere le ombre sopra le lastre fotografiche; esperienze assai più soddisfacenti delle prime in quanto che con esse noi possiamo avere l'immagine duratura degli oggetti e la loro riproduzione.

Ecco come si esprime il Pacher per ciò che riguarda il tecnicismo:

« ....Si comincia col chiudere una lastra fotografica in una scatola di cartone, o col ravvolgerla in più fogli di carta nera in modo che la luce *(ordinaria)* non possa arrivare ad essa. Se si adopera la scatola si deve aver la precauzione di tener la lastra colla parte sensibile in contatto col coperchio; a tale intento la si fa appoggiare su dei pezzetti di sughero o di legno che la tengono sollevata dal fondo.

---

(1) Notisi tuttavia che la intensità delle ombre è alle dipendenze di altro elemento, vale a dire della durata della posa anche a parità del tubo di Crookes impiegato.

« Un altro modo di operare, forse più comodo, è quello di porre la lastra in un torchietto da positive, nel quale il vetro sia stato sostituito con un sottile cartone cuoio, che esposto ai raggi diretti del sole si mostra completamente opaco; per la protezione della lastra è opportuno porre un secondo cartone tra essa ed il coperchio snodato del torchietto, e ciò per togliere la infiltrazione della luce ordinaria attraverso le commessure della parte a cerniera del coperchio.

« Preparata in uno di questi modi la lastra, la si dispone orizzontalmente su di un tavolo colla pellicola sensibile rivolta all'insù, si mettono su di essa gli oggetti di cui si vuole proiettare l' ombra e sopra gli oggetti ad una distanza che varia dai 20 ai 30 cm., a seconda delle circostanze, si porta un tubo di Crookes che per comodità è sostenuto da un morsetto scorrevole lungo un'asta verticale di legno o di ferro.

« Infine si mette in azione il tubo e dopo una esposizione, che a seconda delle condizioni di esperienza, può variare da pochi minuti a circa tre quarti d'ora, si toglie la lastra e la si sviluppa.

« Le differenti specie di lastre danno tutte buoni risultati; ottimi sono quelli che si hanno colle comuni lastre Cappelli.

« Lo sviluppo si può eseguire tanto al solfato di ferro, come all'idrochinone e all'iconogeno; esso deve essere sempre molto lungo (da una mezz'ora a tre quarti d'ora).

« Il fissaggio si fa colla solita soluzione di iposolfito di soda al 15 per cento. Quasi sempre è opportuno il rinforzo del bicloruro di mercurio.

« Dei tubi di Crookes occorrenti per la produzione dei raggi di Röntgen, si può adoperare tanto quelli sferici come quelli cilindrici, come anche quelli a forma di pera; questi ultimi e quelli sferici convengono però meglio allo scopo. In tutti è necessario che il vuoto sia molto spinto cosicchè la fluorescenza verde-pomo sia molto brillante.

« Affinchè le ombre riescano a contorni ben definiti, la parte fluorescente del tubo che, giusta quanto abbiamo detto, è la sede della radiazioni di Röntgen, deve avere le più piccole dimensioni possibili; l'effetto massimo si otterrebbe quando essa si riducesse ad un punto.

« Per avvicinarsi a queste condizioni sarà bene che i tubi che si adoperano per le esperienze abbiano per catodo uno specchio sferico il cui raggio sia eguale approssimativamente alla distanza che separa

lo specchio dalla parete di vetro opposta. I raggi catodici si raccolgono allora, come è noto, nel centro dello specchio.

« Col tempo avviene che la parte del tubo colpita direttamente dai raggi catodici si ricopre, in causa di un noto fenomeno già studiato dal Crookes e detto *fenomeno di evaporazione elettrica,* di un velo del metallo che costituisce il catodo. Questo velo ostacola la produzione della fluorescenza e diminuisce il numero de' raggi efficaci; per ricondurre il tubo in buone condizioni si devia il fascio di raggi catodici col mezzo di una calamita e lo si costringe a destare la fluorescenza in un altro punto della parete del tubo.

« I tubi di Crookes si possono eccitare in differenti modi, e cioè; o con una macchina elettrostatica (macchina di Holtz, di Voss, di Whimshurst), o con un rocchetto di Rhumkorff, oppure con un rocchetto di Tesla.

« Quando si voglia adoperare una macchina elettrostatica si mettono in comunicazione i suoi poli cogli elettrodi del tubo lasciando nel circuito una interruzione attraverso la quale si produca una scintilla; adoperando invece il rocchetto di Ruhmkorff o quello di Tesla, si congiungono gli estremi del rocchetto indotto direttamente cogli elettrodi del tubo senza alcuna interruzione.

« La macchina elettrostatica è poco comoda, perchè richiede l'opera di una persona che la mantenga in continuo movimento, di più essa va soggetta all'inconveniente di cambiare spesso di polarità; per queste ragioni viene poco usata.

« Il rocchetto di Tesla è finora poco noto e di uso quindi non comune, malgrado che la sua costruzione sia abbastanza semplice ed i suoi effetti sieno molto intensi; non mi soffermerò quindi a parlare nè di esso, nè del modo di adoperarlo, perchè pochi avrebbero occasione di applicare i miei suggerimenti. Dirò solo, per chi lo possedesse, che col suo mezzo si possono ripetere facilmente le esperienze di Röntgen adoprando invece dei tubi di Crookes delle comuni lampadine elettriche; basterà all' uopo incollare sulla superficie delle lampadine una piccola calotta di stagnola e quindi far comunicare un estremo del rocchetto indotto colla calotta e l'altro col filamento interno. I risultati che si ottengono con questo rocchetto sono ottimi, e la durata della posa viene diminuita.

« Il rocchetto di Ruhmkorff ha una gran diffusione ed è di un

maneggio relativamente facile; per queste ragioni esso è lo strumento che viene adoperato il più di frequente per eseguire le esperienze di Röntgen.

« Non tutti i rocchetti servono egualmente bene; quelli anzi che non danno una scintilla di almeno 2 centimetri di lunghezza non servono affatto. I migliori risultati si ottengono con rocchetti capaci di dare scintille lunghe 10 cm. e più; essi possono venire eccitati con qualunque specie di pile e di accumulatori.

« Se si fa uso di pile Bunsen di media grandezza, è necessario adoprarne almeno dieci riunite in serie.

« Quando le condizioni di esperienza sono buone, l'intensità della luce fluorescente che emana dal tubo è tale che, sperimentando in una camera buia, è possibile leggere ad un metro di distanza dal tubo.

« Nell'uso del rocchetto bisogna badare di non adoprare correnti troppo intense, poichè si correrebbe rischio di compromettere il rocchetto e di fondere gli elettrodi del tubo; per evitare tali malanni, sarà opportuno tener inseriti nel circuito un amperometro ed un reostato, che permetteranno di regolare opportunamente l'intensità della corrente eccitatrice; sarà allora possibile ottenere risultati ottimi senza recar alcun guasto agli apparecchi.

« La durata della posa dipende dal grado di trasparenza dell'oggetto sottoposto ad esame, dal suo spessore e dalla intensità delle radiazioni adoprate.

« L'ombra di un oggetto metallico si può avere in pochi minuti, quella invece di una parte del corpo umano o di un animale richiede sempre una posa molto più lunga, che va dai 20 minuti a circa un'ora.

« Se la superficie dell'oggetto è molto estesa, è necessario portare il tubo ad una distanza da esso di 30 cm. e più, altrimenti le parti più vicine, venendo colpite da radiazioni di intensità maggiore, proiettano un'ombra più vigorosa delle altre e si ha un'immagine poco uniforme.

« La fotografia coi raggi di Röntgen si può eseguire in ambienti rischiarati; però per precauzione, e per evitare possibili velature delle lastre nel caso in cui l'involucro protettore non fosse perfetto, è consigliabile di operare al buio. »

Ciò detto riguardo alla tecnica, credo utile di accennare brevemente a quelle modificazioni che ad essa s'aggiunsero, per le quali fu reso

possibile di avere delle projezioni più nitide, non che toccare delle difficoltà che si incontrano in date circostanze ed in ispecie allorchè l'esperimento viene istituito a scopo ostetrico.

Bar, Oudin, Barthélemy (i quali se non erro furono i primi che esperimentarono in Parigi), per rendere più nitide le immagini radiografiche usarono lo spediente di sottoporre alla lastra sensibile una foglia di platino, appoggiandosi per altro ad una esperienza dello stesso prof. Röntgen, ed il Bar nella conferenza tenuta alla Clinique d'accouchements, addì 6 Febbraio, confidava che presto con apparecchi perfezionati si sarebbe potuto giungere ad ottenere dei risultati migliori. Difatti Humbert e Bertin, colla interposizione di diaframmi metallici fra la sorgente luminosa e l'oggetto in esperimento, ottennero delle immagini assai più nitide delle primitive. Così pure il lunghissimo tempo *di posa* fu abbreviato mercè i tentativi di Eder e Valenta, e forse arriveremo a risultati ancora più soddisfacenti, mutando la costituzione chimica delle lastre fotografiche con sostanze che le abbiano a rendere più sensibili all'azione dei raggi di Röntgen, oppure introducendo nei tubi sostanze capaci di aumentarne la fluorescenza. Fu detto che le lastre ultra-rapide devono essere impiegate preferibilmente, ma recentemente Edison avrebbe dimostrato che le immagini più nitide si ottengono con lastre di sensibilità media alla luce.

***

Lungo sarebbe il compito, e forse anche privo d'interesse di enumerare tutte le esperienze che già in breve lasso di tempo vennero istituite sulle ossa, tanto all'estero quanto in Italia ed i cui risultati grafici sono ormai noti, essendo apparsi in pressochè tutti i giornali illustrati.

Piuttosto mi limiterò a rammentare che le esperienze che Oudin e Barthélemy istituirono sulle ossa fetali in via di sviluppo, riuscirono assai interessanti, poichè in mezzo alle parti molli videro queste disegnarsi come bastoncini e scomparire mano mano che s'avvicinavano alle estremità, per dar quivi luogo a spazi chiari, corrispondenti non solo alle articolazioni, ma bensì alle cartilagini epifisarie non ancora ossificate; per cui è lecito credere che la nuova scoperta potrà recare molta luce nello studio dei primitivi punti di ossificazione, ed essere

altresì utile, oltrechè nelle fratture e nelle deformità, per distinguere le malattie articolari incipienti, dalla gotta e dal reumatismo deformante. Non farò parola delle ombre dei corpi stranieri, dei calcoli vescicali ed epatici messi in evidenza da Neusser di Vienna, e del modo di differenziarli, nè delle esperienze di Mink circa l'azione dei nuovi raggi sopra i bacteri, inquantochè queste non sono ancora di certo risultato.

Così pure non toccherò che di volo le ricerche di Barba-Morrity sui componenti chimici delle ossa, sulle cartilagini, sui legamenti e sulle capsule articolari, sui prodotti flagistici e tubercolari, sul pus; e, solo a titolo di cronaca, ricorderò che Carleton Simon pare abbia trovato modo di fotografare il cervello (?), e che Dutto iniettando le arterie brachiali di un cadavere con soluzione di solfato di calcio, vide che esse si disegnavano nettamente in un colle ossa sulla lastra fotografica.

Coi mezzi attuali, i risultati ottenuti per quanto risguarda direttamente l'ostetricia, bisogna confessarlo, non sono gran fatto probativi; ciò non di meno essi meritano di essere additati, poichè come bene osserva il Varnier, per quanto poco soddisfacenti, ci mostrano con ciò solo le inevitabili difficoltà che di solito s' incontrano sugli inizii dell'esperienze, e d'altronde è impossibile « d'emporter la place d'assaut, sans travaux d'approche. » Alcune difficoltà provvengono dalla configurazione stessa del bacino, poco propizia ad essere sottoposta all' esperimento.

Difatti facilmente si comprende, come l'ombra di un corpo di piccolo spessore rappresentato da due faccie identiche, quali a cagion d'esempio quello di una moneta, oppure costituito da un piano come la mano distesa, possa riprodurre con esattezza la forma dei contorni; ma laddove si volesse avere l'ombra di una mano atteggiata a pugno, la sovrapposizione delle parti che la costituiscono verrà necessariamente a confondere l'immagine, e difficilmente si potranno seguire i dettagli delle ossa del carpo e dei metacarpi, e tanto più se alterati da processi morbosi. Così ad esempio, dato pure di riuscire con una fonte di raggi potentissima ad attraversare dall'avanti all'indietro l'intiero spessore toracico di un adulto, noi avremo l'impronta della gabbia toracica rappresentata dallo sterno, dalle coste, dalla colonna vertebrale, ma in moltissimi punti le ombre date dalla parte anteriore delle coste andranno confuse con quelle lasciate dalle parti posteriori, che più di-

rettamente sono a contatto colla lastra fotografica sensibile. Nè ciò basta, poichè queste ultime parti, appunto perchè prossime alla lastra lascieranno sulla medesima una impronta assai netta e marcata, mentre che le più lontane per la divergenza dei raggi non potranno rappresentare che ombre più diffuse, più sbiadite e più grandi.

Ciò che ho detto pel torace vale anche pel bacino; anzi quivi a seconda della inclinazione della pelvi potrà addirittura riuscire affatto nulla tutta la parte che corrisponde all'arco pelvico anteriore.

Vero è che Bar, Oudin e Barthélemy hanno riprodotto assai nettamente l'arco pelvico anteriore di un bacino di feto a termine, e ci offersero altresì la figura di un feto, in cui si possono vedere abbastanza chiaramente le ombre degli archi costali e quelle del bacino, ma è d'uopo ricordare che quel bacino fu segato trasversalmente ed immediatamente al di dietro delle cavità cotiloidee e che parimenti quel feto venne diviso per metà secondo l'asse mediano trasversale, per cui gli esperimentatori operarono su quei preparati mettendosi nelle condizioni quasi identiche a quelle che si hanno per le radiografie di una mano.

Tuttavia pare che altri *(American Journal of the medical, ecc. ecc.*, N. 3, 1896) esperimentando sopra neonati, ed anche sopra adulti con pose di lunghissima durata siano riusciti ad avere dei risultati abbastanza palesi.

Altre difficoltà sono inerenti al fatto che le ossa dei feti nei primi mesi di vita endouterina non posseggono ancora, per difetto di sali calcari, la proprietà di arrestare i raggi, od almeno in modo tale da lasciare sulle lastre delle impronte efficaci. E s'aggiunga altresì che lo stesso liquido amniotico in cui il feto è nuotante, sembra ostacolare di molto il passaggio dei nuovi raggi.

Il primo tentativo di Oudin et Barthélemy narrato da Bar non toglie tuttavia la speranza di poter riuscire ad avere l'ombra dello scheletro fetale racchiuso per entro alla matrice di donna vivente. Essi tentando l'esperienza su di una gravida assai magra con pareti addominali sottilissime, attraverso le quali le piccole parti del feto si disegnavano con estrema facilità, non poterono ottenere che un'ombra assai vaga. Se non che, devesi notare che essi erano ancora all'inizio dei loro esperimenti, perciò l'insuccesso non deve scoraggiare, ed i medesimi dicono confidare che con apparecchi vieppiù perfezionati sarà possibile fra poco di ottenere dei risultati soddisfacenti. Sono dolente di

non conoscere quale sia stata la posizione della donna rispettivamente all'apparecchio.

Nè a miglior esito invero approdarono analoghe ricerche istituite a Padova dal Vicentini su di una cavia. Essa aveva il ventre di 13 centimetri di larghezza e 6 di spessore, anche per una quantità di feci trattenute negli intestini; or bene queste ultime si comportarono come corpi trasparenti ai raggi di Röntgen, i quali invece erano passati in minimo grado nella parte dell'addome che racchiudeva i feti. Levato poscia dall'addome della cavia un feto avvolto dalle secondine integre, fu sottoposto alla proiezione, ma l'uovo risultò opaco, per cui opina il Pacher, il liquido amniotico non essere trasparente.

Tuttavia io credo che sulla opacità del liquido amniotico, questa non sia l'ultima parola, e, con tutto il rispetto per gli illustri fisici padovani, nasce il dubbio che l'accennata esperienza sia andata incontro a qualche causa di errore. Così anche non tenendo calcolo della notizia dataci dallo Schivardi, che Kiesseling di Amburgo sia riuscito ad avere la fotografia *precisa dell'embrione nel seno materno,* non dimentichiamo, come ho già detto, che Oudin e Barthélemy ottennero *un'ombra fetale assai vaga* attraverso l'addome materno, non dimentichiamo che Rowland dopo diversi tentativi su gatte pregnanti, malgrado la irrequietezza degli animali, riuscì con solo otto minuti di posa ad ottenere un fotogramma che mostra chiaramente la pelvi ed imperfettamente l'utero ed il feto, confermando la trasparenza delle intestina e degli altri visceri addominali.

Così pure assai incoraggianti furono i risultati ottenuti da Edward Davis, il quale con esperienze di lunga durata potè avere fotogrammi in cui abbastanza nettamente può vedersi nella pelvi materna la testa fetale, che si mostra più scura verso la base che non verso il cranio, e mancare l'ombra delle cartilagini, del cervello e degli occhi, i quali a loro volta sarebbero più permeabili ai raggi se da questi attraversati longitudinalmente.

Altre esperienze, sempre di lunga durata (ponendo il tubo di Crookes a destra e la lastra sensibile (Eclips) a sinistra dell'addome di una giovane di 18 anni, gravida nell'8.° mese), avrebbero pure dimostrata la possibilità di ottenere delle ombre fetali attraverso il liquido amniotico, ma la testa del bambino in un caso fu celata dall'ombra portata dalla pelvi materna. Pertanto sarebbe dimostrato che lo spessore

dei tessuti materni, e che i moti di respirazione della gestante sottoposta all'esperimento non costituiscono quell'ostacolo che a tutta prima si poteva immaginare, nè che il liquido amniotico oppone una assoluta barriera alla penetrazione dei raggi.

Nella scorsa settimana il prof. Varnier, pubblicando i risultati di nuove esperienze eseguite sopra di una cavia gravida, ha potuto mettere in evidenza l'ombra di ben quattro feti in essa contenuti e che vennero poscia confermati coll'autopsia dell'animale.

Per mio conto avendo avuto la fortuna di possedere un uovo abortivo integro di 4 settimane all'incirca e di recente espulso, potei convincermi che il liquido amniotico gode di una certa trasparenza, in quanto che il feto in esso racchiuso lasciò debolissime traccie sulla pellicola sensibile, ma l'ombra ottenuta fu imperfetta ed appena in qualche parte visibile (1). Ciò del resto non deve recar meraviglia, qualora si pensî alla natura dei tessuti embrionali nei primi periodi di loro formazione, e tanto più, che pochissimo si conosce ancora sull'azione dei raggi che attraversano i tessuti penetrabili, in rapporto alla quantità d'acqua ch'essi contengono. Ed infatti, sottoposto di nuovo alla esperienza quel medesimo feticino sciolto da suoi involucri, non ci lasciò che una debolissima ombra ben limitata ne' suoi contorni, ma nella quale fu solo possibile il distinguere vagamente alcuni archi costali, ed il capo con traccia nera più marcata. In una parola il liquido amniotico avrebbe di poco attenuata la permeabilità della luce attraverso agli stessi tessuti embrionali. E così sarebbe spiegata l'apparente contraddizione coi primi soddisfacenti risultati di Varnier, imperocchè il fotogramma da lui offerto fu ottenuto con un feto che già contava 3 mesi e mezzo di vita intrauterina, e però già in via di ossificazione, nè circondato da liquido amniotico, ma a lungo conservato nell'alcole, di quello assai più trasparente. Del resto la opacità e la trasparenza delle acque amniotiche normali od eventualmente mescolate a sangue o meconio potranno agevolmente essere studiate, ma di leggieri si comprende che quanto più il feto sarà tenero e costituito da scheletro cartilagineo, tanto più sarà incerta l'immagine che desideriamo ottenere.

---

(1) All'egregio collega dott. Luraschi porgo i miei più vivi ringraziamenti, poichè alla sua gentilezza ed alla sua abilità tecnica, io vado debitore dell'accennata esperienza, che egli stesso volle compire in mia presenza, nel suo laboratorio corredato di perfezionati apparecchi.

Adunque se allo stato attuale la radiografia scheletrica della pelvi umana riesce difficile tanto per la sua conformazione quanto per lo spessore dell'addome, e se la radiografia fetale ottenuta con uovi abortivi integri espulsi o con embrioni sciolti dalle secondine, riesce incerta in parte per la natura stessa dei giovani tessuti embrionali permeabili ai nuovi raggi, ed in parte per una certa quale resistenza del liquido amniotico, facilmente si comprende, che volendo eseguire delle ricerche sulla donna vivente gravida nei primi mesi, le accennate difficoltà si troveranno associate, e poco si potrà sperare dalla applicazione della nuova scoperta.

Come ovviare a simili inconvenienti? Dato che fosse possibile di portare direttamente i raggi di Röntgen nell'interno del nostro organismo pel tramite delle aperture naturali, in allora, addossando al nostro corpo in parti limitrofe od una lastra o meglio ancora una pellicola sensibile, si riuscirebbe certamente ad avere la immagine scheletrica, dirò così centrifuga del punto che si richiede senza alcuna sovrapposizione di ombre. Naturalmente ciò sarà sempre assai difficile pel torace, non disponendo che dell'unica via esofagea, ma pel bacino, e specialmente pel bacino muliebre, noi potremmo avere due vie per ottenere lo scopo, il retto e la vagina, e all'ostetricia ne verrebbero indubitati vantaggi. Così, pur prescindendo dalle pelviche ristrettezze valutabili in mille altre guise, potrebbesi cerziorare il diagnostico di eventuale gravidanza complicata a tumori, la esatta sede di gravidanze ectopiche, confermare la duplicità del prodotto del concepimento, la probabile esistenza di una mostruosità sospettata per altre ragioni, stabilire una precoce diagnosi differenziale tra una gravidanza vera ed una gravidanza molare.

Nè ciò basta, qualora ciò fosse reso possibile, si vedrebbe quanta parte abbia nella funzione del partorire quella così detta imbibizione sierosa della cartilagine interpubica che accompagna la gravidanza inoltrata, e potrebbe altresì essere utile la radiografia di un bacino in cui, sospettandosi la ossificazione delle sinfisi sacro iliache od interpubica, insorgesse la indicazione di addivenire alla operazione di Sigault.

So benissimo che molte difficoltà sorgono ad impedire l'attuazione della proposta, nè io quivi starò neppure ad enumerarle, nè a proporre qualsiasi espediente per risolvere l'arduo problema. Ciò non spetta al medico, ma a colui che versato nelle discipline fisiche, potrà escogitare tutti quei mezzi atti a portare nella profondità del corpo il fascio

di quei raggi invisibili, evitando in pari tempo ogni possibile offesa per l'organismo vivente (1).

Che se, come disse Exner, si giungerà, in avvenire non lontano a scindere il fascio di Röntgen, e tutte le serie di raggi ignoti di cui esso partecipa, ciò che non è improbabile, si potranno in allora trovare dei raggi che attraversando preferibilmente un corpo più che un'altro, a nostro piacimento ci consentiranno di avere l'ombra delle ossa piuttosto che del muscolo, del tendine piuttosto che del nervo, in una parola potranno aversi separatamente i fotogrammi degli organi splacnici. Ma per raggiungere questo risultato, dice lo Scognamiglio: « Si do-
» vranno studiare minutamente le condizioni da cui si originano questi
» raggi e le forme vibratorie con cui si propagano. »

Qualora poi venissero confermate coll'appoggio di indiscutibili risultati le notizie che ci giungono dall'America, secondo le quali Edison avrebbe trovato modo di rendere facile la percezione diretta delle immagini degli oggetti posti al di là dei corpi opachi pei consueti raggi luminosi (ed in modo ancor più chiaro di quanto già ottenne fra di noi il prof. Salvioni), si potrebbe invero dire collo Zanini che « oggi il
» potere umano ha salito un gradino di più verso la perfezione, sintesi
» estrema, al conseguimento della quale l'uomo a tutta possa combatte
» contro gli ostacoli naturali, » e si potrebbe credere a tutta prima la scienza aver ormai raggiunto un limite estremo, e però impossibile ad essa di oltrepassarlo.

Ma in oggi chi oserebbe affermare ciò?

Galileo considerando l'acutezza dell'ingegno umano per tante maravigliose invenzioni degli uomini, confuso dallo stupore ed afflitto dalla disperazione riputavasi poco meno che infelice, poichè trovavasi tanto lontano dal potersi promettere di ritrovarne alcuna di nuovo.

E pareva al sommo che vide

Sotto l'etereo padiglion rotarsi
Più mondi e il sole irradiarli immoto,

che nessuna scoperta avrebbe giammai uguagliata quella di colui, che « con vari accozzamenti di venti caratteruzzi sopra una carta, s'imma-

---

(1) Piacemi accennare che le esperienze a lunga posa eseguite sulle gravide e sui neonati viventi non arrecarono loro il benchè minimo disturbo.

» ginò di trovar modo di comunicare i suoi più reconditi pensieri a
» qualsivoglia altra persona, benchè distante per lunghissimo intervallo
» di luogo e di tempo! »

Eppure.... un ranocchio morto appeso ad un filo di rame agita le decorticate membra per effetto di arcani poteri; pochi dischetti metallici sovrapposti rivelano una occulta magica forza.... già vittoriosa essa trasporta agli antipodi con fulminea velocità non solo i nostri pensieri, ma il suono della nostra stessa parola!

BIBLIOGRAFIA.

1. E. N. Santini. « La photographie à travers les corps opaques. » Paris, Charles Mendel, édit., 1896.
2. *Revue internationale d'Electrothérapie*, N. 7-8, Février et Mars 1896, Paris.
3. *Le Médecin organe de l'Ecole médicale belge*, N. 2, Février 1896. M. Vergauwen, directeur, boulevard Auspach 160, Bruxelles.
4. *Algemeene Handelsblad*, 6 Febbraio 1896, Amsterdam.
5. Guillaume. « Les rayons cathodiques. » *La nature*, 28 Luglio 1894. Vedi anche in *Revue d'Electrothérapie*, Février et Mars 1894.
6. « Comptes rendus de l'Academie des Sciences. » Séance 22 Mars 1896. « Effluriographie, ou obtention d'une image par l'effluve électrique. »
7. Dott. H. de Parville. *Annales politiques et littéraires*, 2 Février 1896.
8. Lenard. *Wiedmann Ann. Lumière électr.*, anno 1894.
9. Zanini e Marcantelli. « Della fotografia attraverso i corpi opachi. » *La Clinica Moderna*, Gennaio-Febbraio, N. 2, 3.
10. *La Patrie Suisse*, 22 Janvier 1896.
11. Prof. De Luca. « I raggi di Röntgen. » *Rivista clinica e terapeutica*, Febbraio 1896.
12. *Revue générale des sciences pures et appliquées*, Janvier 30.
13. Olivier. « La photographie de l'invisible. » *La Presse Médicale*, 29 Janvier 1896, 8 Février 1896.
14. Himbert e Bertin. « La photographie à travers les corps opaques. » Ibid., 8 Février 1896.
15. Poincaré. « Compt. rend. Acad. des Sciences, » 1896.
16. C. M. Gariel. « Les recherches du prof. Röntgen et la photographie à travers les corps opaques. » In *Semaine Médicale*. Vedi anche in *Rev. internat. d'Electroth*, N. 7-8, 1896.
17. Bar. « Les rayons de Röntgen. Applications aux sciences médicales. » *Revue internat. d'Electroth.*, Février et Mars 1896. La stessa memoria ornata di nuove interessanti figure nella *Presse Médicale*, 12 Fèvrier, N. 13.
18. Oudin et Barthélemy. Ibidem.
19. D'Arsonval Société de Biologie. Séance 1 Février. *Progrès Médical*, 8 Février.
20. Baudoin Marcel. « La photographie de l'invisible. » Ibidem, 15 Février.
21. Murani. Sunto della conferenza « I raggi di Röntgen. » *Rivista Scient. Artistica fotografica del Circolo fot. milanese*, Gennaio, fasc. VII, pag. 197.
22. Guido Pacher. « Sui raggi di Röntgen. » Torino, presso Rosenberg e Sellier, 1896.

23. VICENTINI. « Esperienze coi raggi di Röntgen » in memorie del R. Istituto veneto di scienze lettere ed arti. Vol. XXV, N. 7.

24. BENOIST e HURMUZESCU. « Compt. rend. Acad. Sciences, » Février 1896.

25. BATTELLI e GARBASSO. « Sopra i raggi di Röntgen. » *Nuovo Cimento,* Febbraio 1896.

26. PERRIN. Comunicaz. fatta all'Accad. di Scienze di Francia, Febbraio 1896.

27. RIGHI. « Sulla produzione di fenomeni elettrici per mezzo dei raggi di Röntgen. » Rendic. della R. Accad. di Scienze dell'Ist. di Bologna, 9 Febbraio 1896.

28 LODGE. *The Electrician,* fasc. Febbraio 1896.

29. SALVIONI. « Studi sui raggi di Röntgen. » *Atti dell'Accad. medico-chirurgica di Perugia,* Vol. III, fasc. I, II, 1896.

30. SCOGNAMIGLIO GENNARO. « Una nuova specie di raggi Röntgen. » *Archivio internaz. di Medicina e Chirurgia,* anno XII, fasc. II, Febbraio 1896.

31. CALSON. « Photographie au travers de corps opaques. » *Bulletin de la Soc. Franc. de Photografie,* Séance du Février 1896.

32. LONDE. « Contribution à l'étude des rayons X. » Ibidem.

33. EDER et VALENTA. « Essais et expériences faits a Vienne sur la découverte du prof. Röntgen de Würzburg. » Ibidem.

34. DROUET. « Impression à travers les corps opaques. » Ibidem.

35. CARISSIMO. « Sui raggi Röntgen. » *Rivista Scientifico Artistica di fotografia del Circolo fotografico Lombardo,* anno IV, fasc. VIII, Febbraio 1896. — « La fotografia dell'invisibile — Le esperienze in Italia. » Ibidem, fasc. VII, Gennaio 1896.

36. CATELANI SALVATORE. *La Riforma Medica,* Febbraio 1896, N. 4.

37. GUSTAVE LEBON. Comptes rendus de l'Acad. des Sciences, fascicolo CXXII, N. 4, pag. 188, 27 Janvier 1896.

38. Per le notizie risguardanti i tubi di Crookes vedi *Annales de Chimie et de Phisique,* Tome XIX (1880), pag. 195. — *Revue Scientifique,* 25 Oct. 1879, pag 385. — « Traité de Gordon. » Tome II (1881), pag. 237. — « Catalogue de E. Ducretet et L. Lejeune, 3 partie 1892), pag. 122, oppure in *Revue internat. d'Electroth.,* Febbraio e Marzo 1896 — *La Nature,* 28 Juillet, N. 1104, pag. 131. « Les rayons cathodiques » ove è dato una esatta relazione delle esperienze di Lenard.

39. RÖNTGEN. *Annales de la Société physico-médicale de Würxburg,* Décembre 1895, vedi anche la traduz. della memoria in *Revue internat. d'Electrothérapie,* Février et Mars 1896.

40. JAUMANN. « La lumière longitudinale » in *Annales de Viedmann,* N. 1, 1896, pag. 147, 185.

41. M. SWINTEN. *La Nature* (London), 23 Gennaio 1896.

42. « Zur Verwerthung der Röntgen Strahlen im Gebiete der inneren Medicin. » *Deutsche Med. Wochensc.,* 19 Mars 1896.

43. BATELLI. « Sulla trasparenza dei tessuti dell'organismo per rispetto ai raggi di Röntgen. » *La settimana medica,* organo dell'Ac. Med. fis. fiorentina, Firenze, 21 Marzo 1896.

44. VARNIER. « Un prémier risultat encourageant de photographie intra-utérine par les rayons X. » *Annales de Obst. et Gyn.,* Mars 1896.

45. The Clinical Application of the Röntgen Rays: 1.° « The apparatus and ist use » By WILLIAM FRANCIS MAGIE. — 2.° « In Surgical diagnosis. » B. W. W. KEEN. — 3° « The Study of the Infant's Body and of the Pregnant Womb by the Röntgen Rays. » By EDWARD P. DAVIS. In *The American journal of the Medical Sciences,* Philadelphia, March 1896.

46. G. HOPPE-SEYLER in Kiel. « Ueber die Verwendung der Röntgen Strahlen zur Diagnose der Arteriosklerose. » *Münchener Medic. Wochensc.,* 7 Aprile 1896.

47. WALTHER PETERSEN. « Chirurgisch-photographische Versuche mit den Röntgen'schen Strahlen. » Ibidem, 11 Februar.

48. FESSLER. « Radiusfractur nach. prof. Röntgen photographirt. » Ibidem, 3 März.

49. Ugo Sternfeld. « Ein Geheilter Fall von acuter Osteomyelitis der linken Hand. » Ibid., 3 März.

50. Dr. F. Mink in München. « Zur Frage über den Einfluss Röntgen'scher Strahlen anf Bacterien. » Ibidem, 3 März.

51. Barba-Morrity. « I raggi di Röntgen in Chirurgia. » Vedi sunto della memoria nel *Morgagni*, Parte II, N. 8, 22 Febbraio 1896.

52. Dutto. « Fotografie del sistema arterioso ottenute coi raggi di Röntgen. » *Atti della R. Accademia dei Lincei.*

53. Schivardi. Vedi in notizie del giornale il *Malpighi*, Gazz. Medica di Roma 1896, Febbraio, N. 4, Marzo, N. 6.

54. S. Pansini. Recensione della memoria sulla fotografia dell'invisibile del prof. Goldstein inserita in *Berliner Klinische Wochen*. Vedi nel *Giornale Internaz. di Scienze Mediche*, 15 Febbraio 1896.

55. Vedi « Gazzettino » nel giornale il *Morgagni*, Parte II, N. 8-9-10-11-12.

56. Pace. « Ancora sui raggi di Röntgen e sulla fotografia dell'invisibile. » *Giornale Internaz. delle Scienze Mediche*, fasc. VI, 31 Marzo 1896.

57. Battelli. « Su alcuni inconvenienti e cautele sull'uso dei tubi di Crookes, ecc. » *Giornale della R. Accad. di Medic. di Torino*, N. 3, Marzo 1896.

58. Edison. *Electrical World*, 1896.

RASSEGNA

FEHLING. — **Sopra alcuni casi gravi di prolasso dell'utero e della vagina.** — *Deut. Med. Woch.*, 3 Ottobre 1895.

Nelle donne giovani in cui il *descensus* dell'utero è una conseguenza del puerperio basta molto sovente il semplice riposo a letto durante il puerperio. Se la donna si trova nel periodo fiorente della vita sessuale e se il prolasso non è molto rilevante allora adopera dei pessarii di forma ovale e non voluminosi.

Nelle donne di età più avanzata oppure quando per qualche motivo l'operazione sia controindicata, se il prolasso è grave adopera un apparecchio di sostegno oppure l'operazione di Freund.

Tutti gli altri casi di prolasso debbono essere operati coi noti metodi di Simon, Hegar ed altri; allora bisogna far in modo di poter ottenere il massimo impiccolimento dell'utero.

Ciò non di meno vi sono casi di recidiva che variano pei varii operatori dal 10 al 40 %. In alcuni casi possiamo metterci al coperto da questi inconvenienti operando in due tempi, in altri in cui le condizioni dell'insuccesso si basano sulle condizioni anatomiche del prolasso (rilassamento dell'apparato legamentario), bisogna continuare altri metodi operativi insieme agli antichi metodi di plastica vagino-perineale. Così si adopera la ventrofissazione (Olshausen), la quale però dà il 20 % di recidive e può essere la causa di una futura ernia addominale. Risultati migliori sono dati dalla vagino-fissazione alla Dührssen, Mackenrodt, i cui risultati però non furono ancora abbastanza studiati.

Per altri casi ancora è d'uopo ricorrere all'estirpazione totale dell'utero combinato colla plastica vagino-perineale, ed i risultati infausti si calcolano al 7 %. Questa operazione non dev'essere adoperata che nei casi in cui l'utero è molto alterato e specialmente si usa nelle donne vecchie perchè rappresenta una mutilazione indifferente.

Questa comunicazione fatta dal prof. Fehling il 21 Settembre 1895 a Lubeck, alla Società dei medici e naturalisti (sezione ostetrico-ginecologica) diede luogo alla seguente discussione.

Prochownick (Amburgo) si dichiara contrario all'operare molto e prematuramente nei prolassi. Raccomanda molto i pessarii ed un suo pessario speciale a tazza. Dopo i quarant'anni i migliori successi si hanno coll'estirpazione totale. Dopo i sessantacinque anni non si può più aspettarsi dei risultati operativi durevoli. Pro-

chownick non è un gran partigiano della vagino-fissazione da lui eseguita molte volte in altre epoche; la vagina ricade di nuovo e spinge in avanti la parete vaginale.

Gottschalk è del parere che nei casi più gravi la colporrafia e la plastica perineale non sono sufficienti perchè è all'utero per sè stesso al quale bisogna dare un appoggio. Gottschalk ha parecchie volte associato con buon successo la colporrafia all'operazione di Alexander-Alquié, e questo perchè mediante il raccorciamento dei legamenti rotondi l'utero viene fortemente sollevato e ravvicinato alla parete addominale restando però mobile liberamente e lasciando libera la vescica.

Casualmente Gottschalk scoperse un nuovo metodo operativo, cioè di fissare il collo dell'utero posteriormente. Ciò in occasione di un caso di prolasso complicato con un ascesso pelvico retrouterino. Il processo sarebbe il seguente: egli apre colla colporrafia mediana (Sänger) lo spazio di Douglas, e lascia un piccolo anello nel fornice posteriore attraverso al quale per otto giorni zaffa con garza jodoformica la tasca del Douglas. Questo tamponamento provoca delle robuste aderenze che fissano il collo uterino indietro e in alto senza che la guarigione dell' incisione della colporrafia venga menomamente turbata. L'apertura dello spazio del Douglas oggidì è inoffensivo. Con questo metodo si tratta quindi di una combinazione della solita colporrafia mediana con una fissazione cicatriziale *intraperitoneale* del collo all'indietro. Il piccolo occhiello suaccennato si abbandona a sè, e la cicatrice diventa ancora più solida. Quelle cicatrici non portano dolori. Brennecke raccomanda invece la fissazione dell'utero alla parete addominale per trasfissione senza procedere col taglio preventivo delle pareti addominali, oltre la fascia addominale; e ciò per evitare le ernie successive. Fehling combatte questa proposta per il pericolo di ledere l'intestino. CIOJA.

CHARRIN et GLEY. — **Malformazioni congenite sperimentali.** — *Semaine Médicale*, 6 Novembre 1895.

Gli autori hanno nelle loro esperienze inoculati dei conigli riproduttori col bacillo del pus bleu.

Dei conigli nati alcuni restarono piccoli allo stato di nanismo, e in questi soggetti le ossa avevano delle epifisi enormi e delle diafisi raccorciate. Altri soggetti nati da una coppia di conigli di cui il solo maschio era stato inoculato avevano orecchie rudimentali, la coda cortissima, una delle zampe posteriori più piccola dell'altra e senza dita.

Seguono considerazioni di analogia colla sifilide, considerazioni sull'ereditarietà in generale, e sulla teoria della incapacità delle cellule somatiche a trasmettere attribuzioni speciali. CIOJA.

2.° Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia

(Roma, 28-29-30-31 Ottobre 1895)

(Continuaz. e fine, v. pag. 270).

Seduta pomer. del giorno 29.

COMUNICAZIONI.

Bossi. *Utero atrofico ed iperinvoluzione uterina.* — Riferisce sulle cause e sui sintomi, indi descrive il processo istopatologico della iperinvoluzione non peranco precisato colla osservazione diretta. L'O. ha fatto delle esperienze dalle quali gli è risultato che l'epitelio del muso di tinca e del canale cervicale dell'utero in via di atrofia ha uno spessore minore del normale. Le fibre muscolari sono in numero tanto minore quanto più avanzato è il processo di atrofia: in esse non riscontrò mai granuli di grasso; trovò preponderante il tessuto connettivo, e, tra le fibre connettive e le muscolari, riscontrò delle grosse cellule molto colorate che giudicò essere stadi di passaggio da leucociti a fibroblasti, e che interpretò come cellule destinate alla produzione di fibre connettivali. Tali elementi, che non si riscontrano nella struttura normale della muscolare uterina, concorrono alla genesi della superinvoluzione uterina, processo che deve quindi considerarsi come una atrofia semplice o primitiva delle fibre muscolari.

Bossi. *Modificazione al suo dilatatore ostetrico.* — Consiste nell'avergli data la curvatura pelvica, ciò che ne rende più agevole l'applicazione.

Bossi. *Contributo allo studio clinico e anatomico dell'assorbimento dei fibromiomi.* — Riferisce su alcuni casi di fibromi voluminosissimi che, non potendo essere esportati, guarirono in seguito alla castrazione o alla semplice legatura delle tube. In uno di questi casi il volume enorme del tumore rese così stentato il ravvicinamento delle pareti addominali, che residuò un seno fistoloso. Il fibroma andò gradatamente impicciolendo, tanto che un anno dopo aveva il volume di una testa fetale. Allora l'O. estrasse con un cucchiaio, attraverso il seno fistoloso, alcuni frustoli del tessuto neoplastico nell'intento di sorprendere in atto il processo di assorbimento, e dai preparati microscopici, alcuni dei quali presentò al Congresso, potè constatare che esso consiste in una degenerazione grassa delle fibrocellule muscolari. Riferisce poi intorno a tre casi di fibromi nei quali la gravidanza, lasciata decorrere fino al termine o interrotta, produsse l'assorbimento spontaneo. In un caso in cui all'8.° mese egli dovette praticare il taglio cesareo con esportazione totale dell'utero, potè nel centro del tumore scoprire un punto in via di assorbimento, e anche in questo caso l'esame istologico gli dimostrò in modo molto evidente la degenerazione adiposa delle fibrocellule muscolari.

La Torre a proposito dell'ultima comunicazione ricorda le analoghe ricerche sperimentali del dott. Spodaro, le cui conclusioni sono confermate da quelle del prof. Bossi. Riferisce poi un caso della sua pratica, nel quale un grosso fibroma in seguito a due gravidanze si ridusse spontaneamente ad un quinto circa del suo volume primitivo.

Prof. Guzzoni degli Ancarani. *Sulle riforme da introdursi nell'istituzione e nell'esercizio delle levatrici* (Relazione sulle proposte della Commissione composta dai signori: prof. Guzzoni presidente, prof. Truzzi, prof. Pinzani, dott. Regnoli, dott. Miranda). La discussione e la votazione di tali proposte, riassunte dal relatore, vengono rimandate alla

Seduta antim. del giorno 30.

In essa vennero **approvate** le seguenti proposte:

1. Di modificare l'art. 16, regolamento 1876, relativamente all'età delle allieve levatrici, portandola dal 21.° al 32.° anno.

Di abolire l'esame d'ammissione per le maestre e per coloro che hanno la licenza elementare da non più di 10 anni, e per tutte le altre esigere l'esame d'ammissione sul programma della 5.ª elementare davanti ad una Commissione di cui faccia parte il professore della scuola. (Modificazione all'art. 18).

Di esigere che il certificato di sanità venga rilasciato dal medico provinciale o dal direttore della scuola. (Aggiunta all'art. 16).

Di ottenere che con una circolare ministeriale si avvertano le autorità a voler essere più severe nel rilasciare il certificato di buona condotta.

2. Di abolire l'art. 17 relativamente alla superflua divisione delle aspiranti in maritate, nubili e vedove, lasciandovi i due capoversi con l'aggiunta: « Le aspiranti alle scuole, se maritate, ecc. »

3. Che per facilitare l'inscrizione delle allieve alle Scuole, ogni provincia stabilisca due premi annui da L. 150 a 200 ciascuno per due allieve che si distinguano per condotta e profitto.

4. Di mantenere a carico delle allieve le tasse scolastiche che sono in vigore (L. 89 complessivamente in un biennio) e di stabilire una tassa di guardia in L. 20, da pagarsi da ciascuna allieva alla direzione della Scuola per consumo di materiale.

5. Di estendere l'internato a tutte le Scuole, dando ad esso maggiore diffusione anche con l'annuncio nell'avviso d'apertura dell'Università, portando a cognizione del pubblico la retta giornaliera ed il numero dei letti proporzionati al numero dei parti e delle allieve.

Di togliere la concessione dell'art. 25, relativa all'abbreviazione di un terzo del 2.° anno di corso per le allieve interne.

6. Di conservare tutte le Scuole di Ostetricia esistenti presso le R. Università e conservare quella di Milano, Venezia e Novara.

Di convertire in R. Scuole d'Ostetricia le Scuole universitarie di Bari, Aquila, Catanzaro e quelle ostetriche delle Università libere di Ferrara, Perugia, Urbino.

Di chiedere la pronta regolarizzazione delle Scuole universitarie di Bari, Aquila, Catanzaro, sottoponendole subito a tutte le norme delle altre Scuole (regolamento 1876) e chiedendo l'apertura dei concorsi dei titolari che ora mancano.

7. Che l'insegnamento debba durare nelle Scuole d'ostetricia due anni scolastici

universitari, e il corso teorico debba essere svolto tutto intero in un anno scolastico per le allieve del 1.° anno che alla fine di esso sosterranno il relativo esame. Che le allieve del 2.° corso abbiano però l'obbligo assoluto di frequentarlo. (Modificazione all'art. 25).

8. Che in tutte le scuole l'insegnamento debba essere fatto con le stesse norme, con lo stesso orario, con 15 ore di lezioni settimanali per ogni corso, e cioè:

3 ore d'insegnamento teorico, 3 ore d'insegnamento clinico, 3 ore di generalità, 3 ore di ripetizioni teoriche, 3 ore di esercizi diagnostici, per le allieve del 1.° corso; — 3 ore d'insegnamento teorico, 3 ore d'insegnamento clinico, 3 ore di esercizi diagnostici, 3 ore di ripetizioni teoriche, 3 ore di manualità, per le allieve del 2.° corso.

9. Di conservare ed estendere il servizio di guardia.

10. Che l'allieva debba assistere nel biennio a non meno di dieci parti; e che l'assistenza diretta al parto sia riservata alle allieve del 2.° corso.

11. Che si facciano voti a che sorgano ambulanze ostetriche sotto la diretta sorveglianza del professore e del personale clinico per fare assistere alle allieve i parti delle povere a domicilio.

12. Che si conservino gli esami: solo si propone la trasformazione della lettera *c* dell'art. 33, l'abolizione cioè delle due storie cliniche e la loro sostituzione con la relazione verbale di un caso clinico fatto in presenza della Commissione esaminatrice.

13. Che si conservi l'art. 31, aggiungendovi un capoverso limitante la iscrizione delle allieve rimandate; dopo cinque prove fallite d'esame, o dopo ripetuto tre anni inutilmente lo stesso corso, l'allieva non possa più inscriversi alla Scuola.

14. Che l'insegnamento in tutte le Scuole sia fatto dal professore direttore, il quale sarà coadiuvato dagli assistenti e dalla levatrice maestra. (Modificazione all'art. 24).

15. Che i professori che sono contemporaneamente direttori della Clinica ostetrica e della Scuola universitaria abbiano per l'insegnamento delle allieve, finora dato da tutti gratuitamente, una retribuzione annua di L. 1200.

Per quanto riguarda i direttori delle Scuole regie d'Ostetricia, si stabilisca che gli Ospedali che si servono dell'opera loro diano ad essi un equo assegno annuo, come si fa a Milano e a Venezia.

16. Di chiedere che la propina per gli esami del 2.° corso delle allieve nelle Università sia uguale a quella che viene data nelle Scuole regie di Ostetricia.

17. Che i concorsi per le condotte debbano di regola essere per titoli, eccezionalmente per esami; la Commissione sia composta del direttore della scuola viciniore, del medico provinciale e del rappresentante l'ente che indisse il concorso.

18. Che il minimo degli stipendi per le levatrici condotte sia di 500 lire annue.

19. Che si facciano voti che, a render completo il servizio ostetrico del Regno, s'inizi una inchiesta per sapere ove manchino levatrici e poscia si faccia istanza ai medici provinciali ed al prefetto perchè si provveda, ricorrendo, se non si raggiungesse lo scopo, al direttore della sanità pubblica e al Ministero degli interni.

20. Di istituire conferenze annuali di 15 giorni presso tutte le Scuole d'Ostetricia ed eventualmente anche in altri capoluoghi di provincia, fatte dai direttori delle Scuole ed eccezionalmente dai loro assistenti. E si obblighino le levatrici di frequentare, almeno una volta ogni quinquennio tale corso.

Se la levatrice non vi interviene regolarmente nel quinquennio, sia sospesa per

un anno dall'esercizio e non possa essere riammessa ad esercitare se non quando avrà frequentato il corso.

Che la spesa della supplenza o la spesa di viaggio e di permanenza della levatrice alle conferenze debba essere sostenuta dai Comuni. Le spese eventuali delle conferenze siano a carico della Provincia.

21. Se è possibile, si proponga ogni quinquennio un esame davanti ad una Commissione composta del professore della Scuola, del medico provinciale e di una persona tecnica nominata dal prefetto. Tutte le levatrici abbiano l'obbligo di presentarsi all'esame, dopo il quale si farà una votazione come per gli esami delle allieve. Attestati di benemerenza siano dati a quelle che riportano tutti i punti e abbiano mostrato di conoscere profondamente le regole antisettiche.

22. Essere necessario che il medico provinciale d'accordo coi medici della rispettiva provincia stabilisca quante levatrici condotte debbano essere per ogni provincia, onde avere una certa perequazione nel servizio.

23. Essere desiderabile che ogni levatrice abbia un trattato d'ostetricia, e che sia abbonata ad un giornale della specialità, e che tutti i direttori di Scuole si accordino per pubblicare un bollettino che serva all'istruzione delle loro antiche allieve e di tutte le levatrici in genere.

24. Che le levatrici dopo 5 anni di lodevole servizio e su parere favorevole del medico provinciale e del consiglio sanitario provinciale diventino stabili, purchè superino sempre gli esami quinquennali. Che una volta rimandate, perdano il diritto alla stabilità e il Municipio possa licenziarle.

25. Che dopo 30 anni di servizio non interrotto e lodevole presso lo stesso ente, esse abbiano diritto alla pensione intera, dopo 25 anni quattro quinti. Ogni biennio, 15 giorni almeno di regolare permesso senza trattenuta di stipendio.

26. Di chiedere che l'autorità e i carabinieri denuncino le donne che abusivamente ed empiricamente esercitano l'ostetricia.

27. Doversi far voti che per nessuna ragione mai in avvenire si ripetano i corsi accelerati per le abusive, che mai più esse possano conseguire un diploma: si domandi pure che da persone competenti si faccia un'inchiesta per vedere la opera loro, come esercitano la professione, quale la morbilità e la mortalità delle donne che assistono, chiedendo informazioni ai medici ed alle autorità. Che quelle che non osservano le regole antisettiche, debbano essere sospese dall'esercizio prima temporaneamente, poi definitivamente, in base all'articolo 371 del codice penale, relativo all'imperizia, negligenza, ignoranza. Tutte indistintamente poi debbano frequentare le conferenze e sostenere gli esami, fermo rimanendo anche per esse i premi e le pene fissati per le altre levatrici.

28. Di invitare le autorità a fare un'inchiesta onde vedere se le levatrici che tengono pensionanti e partorienti in casa, siano in ordine con quanto prescrive l'art. 35 della legge 1888 e 79 del regolamento 9 Ottobre 1889.

29. Per ciò modificare il regolamento 1876, e nello stesso tempo il regolamento 23 Febbraio 1890.

30. Di lasciare alla levatrice un solo disinfettante invece di due, — di abbandonare l'acido borico, — in via di preghiera insistere presso i direttori delle scuole, perchè nell'istruzione alle allieve usino il disinfettante scelto, — di concedere il sublimato corrosivo all'uno per mille, per le mani, avambraccia, genitali esterni e strumenti di vetro. Che per nessun motivo la levatrice possa far uso di questo disinfettante per iniezione vaginale se non dietro precisa indicazione del medico.

Che la forma da usarsi dalla levatrice sia la soluzione all'*uno per mille*, con aggiunta di acido tartarico o di cloruro di sodio e di una sostanza colorante, preferibilmente sotto la forma più comune di pastiglie (ordine del giorno Pestalozza Miranda). Usare la creolina o la vaselina al sublimato all'uno per mille per eventuale unzione del dito. (Modificazioni ed aggiunte all'art. 1 del regolamento 1890 delle istruzioni).

31. Che mancando i disinfettanti, la levatrice usi acqua bollita, sapone e spazzola per 10 minuti. (Aggiunta di un capoverso all'art. 5 delle istruzioni).

32. Che siano abolite le lavature vaginali in puerperio normale e subito dopo il parto normale, e che siano invece permesse nei casi di feto morto durante il parto. (Modificazione all'art. 6 delle istruzioni).

33. Che la levatrice debba togliersi anelli e braccialetti. (Aggiunta al n. 3 dell'art. 2 delle istruzioni).

34. Che le lavature degli occhi del neonato non siano fatte con sublimato all'1 per 4000 o con nitrato d'argento 1 su 250. (Modificazione all'art. 9 delle istruzioni), ma con una soluzione di permanganato di potassa, 1 su 2000.

35. Che la levatrice la quale assistè una donna affetta da febbre puerperale, possa riprendere il servizio solo quando abbia, caso per caso, ottenuto il permesso scritto dall'ufficiale sanitario, che si assicurerà volta per volta della disinfezione fatta dalla levatrice. (Modificazione all'art. 6 del regolamento e 11 delle istruzioni).

36. Di segnare ben chiaramente i limiti d'azione della levatrice, dicendo quali operazioni essa possa fare e quali rimedi usare, in un articolo del regolamento, che potrebbe diventare il nuovo art. 5.

37. Di abolire o modificare l'art. 116 del regolamento 1865, il quale è in contraddizione coll'art. 5 del regolamento interno e che non permette neanche il rivolgimento esterno.

38. Di modificare tutto l'art. 4 del regolamento 1890, dicendo: « Alla levatrice è rigorosamente proibito di praticare il rivolgimento interno. È pure ad essa vietato di fare il tamponamento endouterino e le irrigazioni endouterine. Sono permesse invece, in determinati casi, le iniezioni ipodermiche. »

39. Che siano permesse alle levatrici le seguenti operazioni e manovre che il Cuzzi vorrebbe di spettanza della levatrice: puntura delle membrane — cateterismo vescicale — clisteri semplici e purgativi — scarificazioni della vulva — riduzione dell'utero rovesciato subito dopo il parto — estrazione podalica — rivolgimento per manovre esterne — tamponamento della vagina — secondamento artificiale con espressione ed estrazione di placenta già distaccata.

40. Che la segale cornuta possa essere somministrata dalla levatrice alla dose di 1 grammo ad utero vuoto in gravi emorragie *post-partum*. (Evvi però contraddizione coll'art. 116, che deve essere modificato).

41. Che si faccian voti che nel regolamento siano indicati i pochi rimedi che la levatrice può usare e le ricette relative, onde siano sempre i rimedi usati nello stesso modo e alla stessa dose e a tal uopo la Commissione proponga tale ricettario.

42. Che le levatrici debbano avere nelle gravi contingenze cliniche (eclampsia, placenta previa) la stessa linea di condotta, e che per l'insegnamento, venga adottato un unico libro di testo per tutte le scuole.

43. Non dover permettersi ad un uomo, ad un flebotomo, di studiare ostetricia minore; facendo voti per l'abolizione completa dei flebotomi.

44. Che relativamente alle tariffe, queste siano compilate provincia per pro-

vincia dai Consigli provinciali: il direttore della sanità pubblica poi le dovrebbe coordinare insieme.

45. Che non si debbano dividere le levatrici in due classi.

46. Doversi raccomandare alle levatrici di non darsi a lavori che possono infettare le mani. (Aggiungere un articolo al regolamento).

47. Che l'art. 117 del vecchio regolamento e l'art. 3 di quello del 1890 siano conservati; ma che si aggiunga però a questo art. 3 un capoverso: « Nei casi di lacerazione perineale la levatrice chiamerà subito il medico, avvisandolo per iscritto, onde possa arrivare presso la donna non più tardi di sei ore dopo il parto. »

48. Che i medici provinciali sorveglino acciò l'art. 8 del regolamento 1890 per la somministrazione dei disinfettanti sia sempre osservato.

49. Che si raccomandino frequenti ispezioni alle buste delle levatrici ed alla veste per parte del medico provinciale.

50. Che si raccomandi dall'autorità superiore ai medici di curare l'antisepsi e di aiutare le levatrici nell'applicazione del regolamento.

51. Che sia posto un articolo aggiuntivo (13) alle istruzioni del regolamento 1890, onde avvisare le levatrici che in casi di contestazione nell'esercizio della professione debbano rivolgersi al medico provinciale.

Non vennero approvate dalla Società le seguenti proposizioni, cioè:

Di fondare due Scuole nuove d'ostetricia, una, ad esempio, ad Ancona e l'altra nelle provincie meridionali.

Che le levatrici rimandate all'esame siano sospese dall'esercizio; ed obbligate a frequentare un corso speciale nelle Scuole d'ostetricia. Che se anche nella seconda prova fallissero, siano definitivamente sospese, salvo ad esse il diritto di frequentare da allieve e per due anni la Scuola, qualunque sia l'età loro.

Che per la disinfezione degli strumenti metallici e per lavature interne sia proposta la scelta fra la creolina o il lisolo od eventualmente il solfofenato di zinco.

Che sia permesso alle levatrici di praticare le irrigazioni vaginali, salvo l'eccezione di cui al n. 32 — l'episiotomia o sbrigliamento della vulva — la riduzione dell'utero retroverso o prolassato — la riduzione del funicolo ombellicale degli arti prolassati — la correzione dell'inclinazione nelle presentazioni del vertice.

Che anzichè mandare su di un carro e per molti chilometri la partoriente all'Ospizio di Maternità, si possa chiamare il direttore della Scuola, o un suo aiuto, o un ostetrico specialista circondariale, per evitare i pericoli del viaggio alle partorienti.

Il relatore in seguito ad alcune osservazioni ritira l'art. 47 in cui si sarebbe voluto creare fra le levatrici alcune condraddistinte col titolo di maestre.

Terminata la discussione e la votazione di ogni singola conclusione, è messo ai voti l'insieme delle proposte della Commissione, che è approvato a grande maggioranza, indi il Presidente ringrazia il relatore prof. Guzzoni.

Seduta pomer. del giorno 30.

COMUNICAZIONI.

Giglio. *Sopra un caso di teratoma sacro-coccigeo.* — L'osservazione fu fatta su un feto morto nella cavità uterina per peritonite tubercolare. L'O. descrive

assai circostanziatamente il tumore, ed emette delle ipotesi sulla genesi di questo teratoma, dando grande importanza etiologica al processo tubercolare riscontrato.

Rocchi. *Un caso di gravidanza extrauterina espletata per la via del fornice.* — Riferisce il caso clinico che fu già comunicato dal prof. Mazzoni al Congresso Chirurgico.

Marocco. *Contributo all'ascoltazione negativa in gravidanza avanzata. Sgravo normale per la madre e per il bambino.* — Ricordate le varie cause che possono rendere negativa l'ascoltazione a feto vivo, riferisce un caso della sua pratica nel quale solo dopo il 6.° mese di gravidanza fu sensibile il battito cardiaco fetale. L'O. crede che in questo caso l'impossibilità di percepire il battito fosse dovuto a una speciale ipereccitabilità uterina.

Marocco. *Lo speculum di Spencer Wells modificato.* — Presenta alla Società uno di tali *speculum* colla sua ingegnosa modificazione e ne dimostra i vantaggi.

Curatulo. *Influenza dell'ablazione delle ovaia sul metabolismo organico in rapporto all'osteomalacia.* — Riferisce le sue interessantissime ricerche sperimentali sulle tope e sulle cagne, per cui potè stabilire che in seguito alla castrazione si ha una minore ossidazione dei grassi che possono così venire immagazzinati dall'organismo, e potè inoltre confermare i risultati già ottenuti in osservazioni precedentemente fatte insieme al dott. Tarulli circa la diminuita eliminazione dell'anidride fosforica. Iniettando nelle cagne castrate del succo ovarico, l'O. vide ricomparire i fosfati nelle urine e potè così confermare anche il potere delle ovaie teoricamente ammesso, di immettere continuamente nel sangue un prodotto di secrezione, clinicamente non conosciuto, capace di favorire la ossidazione delle sostanze fosforate e dei grassi. Le glandule sessuali esercitano la loro influenza anche sullo scheletro. L'O. cercò poi di produrre l'osteomalacia sperimentale secondo la teoria del Petrone, iniettando negli animali il bacillo della nitrificazione, ma queste esperienze furono negative, perciò egli non ammette tale teoria.

Pasquali. *Qualche considerazione sopra alcune operazioni cesaree.* — I casi occorsi all'oratore nella Clinica Ostetrica di Roma dal Gennaio 1889 al Maggio 1895 furono undici, due indicati dalla complicanza di neoplasmi maligni del collo e nove per stenosi pelvica; sarebbero stati molti di più, se egli, nei casi di pelviche viziature, non avesse limitato l'operazione soltanto a quelli in cui per l'età della gravidanza il feto non poteva in alcun altro modo essere estratto vivo. Quando fu possibile, preferì provocare il parto prematuro in epoca di raggiunta vitalità del feto, persuaso che questo intervento sia ancora molto meno pericoloso della sezione cesarea. In cinque dei casi riferiti si dovette intervenire d'urgenza, negli altri, preparata convenientemente l'operanda, si attese l'inizio del travaglio. L'O. si attenne sempre alla tecnica conservatrice, seguendo il consiglio di Müller di portare l'utero fuori della breccia prima di inciderlo. Non usò mai l'allacciatura elastica, che favorisce la paresi dell'utero, provvedendo invece all'emostasi colla compressione diretta delle arterie fatta da un assistente. Per la sutura usò esclusivamente la seta, unendo prima le due superficie di sezione della muscolare con punti staccati, indi praticando per la sierosa una sutura alla Lembert. Gli esiti furono buoni in otto casi, una delle operate rimase di nuovo gravida dopo 4 anni.

Prendono parte alla discussione i soci: Namias, Caruso, La Torre, Bossi e Frascani.

Sedute del giorno 31.

Nella seduta antimeridiana il prof. Guzzoni degli Ancarani commemora Alessandro Cuzzi, esaminandone analiticamente e cronologicamente i lavori, e mettendo in rilievo quelli che costituiscono altrettanti preziosi e durevoli contributi da lui apportati al progresso dell' ostetricia e della ginecologia.

L'assemblea stabilisce di partecipare alle onoranze che saranno rese alla memoria dell' illustre socio immaturamente perduto.

Nella seduta pomeridiana furono fatte le seguenti comunicazioni:

Giglio. *Un caso di aborto trigemino monocorion con un embrione acefalo.* — Riferisce l'osservazione e fa molte interessanti considerazioni sulla modalità degli annessi.

Roncaglia. *Una parola di riabilitazione sull'operazione di Alexander.* — Riferisce intorno a 16 casi da lui operati col metodo di Alexander: in nessuna delle operate si verificò la recidiva. L' O. espone le ragioni per cui crede questo atto operativo preferibile alla vagino-fissazione.

Caruso. *Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio del sarcoma della vulva.* — Riferisce la storia dell'ammalata che fu operata con esito felice, e ricorda la letteratura sull'argomento.

Trota (presentato dal dott. Caruso). *Gravidanza cervicale.* — Esposizione del caso clinico e dell'esame anatomico dell'utero esportato per fibroma.

Ferraresi. *Sul trattamento e anatomia patologica dell'inversione uterina cronica.* — Espone un caso occorsogli di inversione poliposa cronica dell'utero e ne prende argomento per ricordare le osservazioni analoghe riscontrate nella letteratura e per fare alcune considerazioni sulla terapia a sulla patologia.

Guzzoni degli Ancarani. *Sopra un caso di emafrodismo.* — Esposto il caso, fa alcune considerazioni per dimostrare la opportunità che l' articolo 372 del codice civile venga modificato per quanto riguarda la determinazione del sesso, quando questo non possa alla nascita essere in alcun modo diagnosticato.

Scarlini. *Gravidanza extrauterina.*

Scarlini. *Ematocolpo.*

Il 2.° Congresso viene chiuso e il Presidente indice il 3.°, che avrà luogo nella prima metà dell'Ottobre 1896, e pel quale sono stabiliti i seguenti temi:

1.° *Estrazione del feto nel parto podalico.* Relatore prof. Truzzi.
2.° *Fibromi e gravidanza.* Relatore prof. Pasquali.
3.° *Cura del prolasso uterino.* Relatore prof. Morisani.

Amadei.

12.° Congresso Internazionale di Medicina

Mosca 7 (19)-4 (26) Agosto 1897.

COMITATO ESECUTIVO.

Presidente: Prof. I. F. Klein — *Vice-presidente:* Prof. A. J. Kojewnikow — *Tesoriere:* Prof. N. F. Filatow — *Segretario generale:* Prof. F. F. Erismann — *Segretarii:* Prof. P. I. Diakonow, Prof. W. A. Tikhomirow, Prof. I. I. Neyding — *Membri:* Prof. A. A. Ostrooumow, Prof. S. S. Korsakow.

REGOLAMENTO.

1. Il 12.° Congresso Internazionale di medicina è posto sotto l'alto patronato di S. A. I. il Granduca Sergio Alexandrovitch.

2. L'apertura del Congresso di Mosca avrà luogo il 7 (19) Agosto 1897 e la sua chiusura il 14 (26) dello stesso mese. La sua durata sarà di otto giorni.

3. Il Congresso si comporrà dei medici che si saranno fatti inscrivere, ai quali sarà stato rilasciato una carta di riconoscimento. Indipendentemente dai medici, le persone munite d'un titolo scientifico, che desiderano prender parte al Congresso, potranno farne parte alle medesime condizioni, ma in qualità di membri straordinarii. Potranno pure farne parte, in qualità di membri straordinari, i veterinari, i farmacisti, i medici-dentisti.

4. Le persone che desiderano prender parte al Congresso devono, per ottenere il certificato, effettuare il versamento di dieci rubli (venticinque lire). Questo versamento dà loro il diritto di prender parte a tutte le sedute del Congresso e di riceverne tutte le pubblicazioni, come pure un esemplare dei « Lavori del Congresso » appena saranno pubblicati.

Nota. — I membri straordinarii non prendono parte che alle sezioni del Congresso nelle quali si saranno fatti inscrivere. Essi riceveranno tutte le pubblicazioni, ma non hanno diritto di voto nelle questioni che riguardano la sua organizzazione.

5. Facendo il loro versamento al Tesoriere del Congresso, i membri dovranno indicare esattamente ed in modo leggibile il loro nome, indirizzo e professione. Oltre a ciò sarebbe desiderio che queste indicazioni fossero accompagnate da un biglietto di visita di ogni sottoscrittore.

6. Lo scopo del Congresso è esclusivamente scientifico.

7. I lavori del Congresso si ripartiscono in dodici sezioni: 1.ª *Anatomia* (antropologia, anatomia normale, embriologia e istologia normale). — 2.ª *Fisiologia* (compresavi la chimica medica). — 3.ª *Patologia generale* e *Anatomia patologica.* — 4.ª *Terapeutica generale* (idroterapia, climaterapia, ecc.), *farmacologia, farmacognosia* e *farmacia.* — 5.ª *Malattie interne.* — 6.ª *Pedriatria.* — 7.ª *Malattie nervose* e *mentali.* — 8.ª *Dermatologia* e *malattie veneree.* — 9.ª *Chirurgia* (compre-

sovi le malattie della laringe, dell'orecchio e dei denti) e *oftalmologia.* — 10.ª *Ostetricia* e *Ginecologia.* — 11.ª *Igiene* (compresovi la statistica sanitaria, la medicina sociale, l'epidemiologia, l'epizootologia e la scienza sanitaria tecnica). — 12. *Medicina legale.*

Nota. — In caso di necessità si potrà ancora organizzare delle sottosezioni supplementari.

8. La gestione del 12.° Congresso Internazionale di medicina appartiene alla Facoltà di medicina dell'Università Imperiale di Mosca. La sua organizzazione generale è affidata ad un Comitato, presieduto dal Sig. Curatore del Circondario scolastico di Mosca e composto di tutti i membri della Facoltà di medicina, dei presidenti dei Comitati delle Sezioni, delle Sotto-sezioni e dei membri onorari.

Le questioni riguardanti l'organizzazione del Congresso sono risolte per mezzo di un Comitato esecutivo presieduto dal decano della Facoltà di medicina e composto di otto persone scelte fra i membri di questa Facoltà.

9. Il Comitato d'organizzazione ed il Comitato esecutivo continueranno a funzionare anche durante il Congresso.

10. Le sedute del Congresso avranno luogo ciascun giorno, sia nelle assemblee generali, sia nelle sezioni.

11. È stato deciso di tenere due o tre assemblee generali. L'epoca della loro riunione sarà determinata da un Comitato d'organizzazione. All'apertura della prima Assemblea generale, il Presidente del Comitato d'organizzazione proporrà ai membri del Congresso d'eleggere il presidente onorario e i segretari di queste assemblee.

12. Le ore in cui si dovranno riunire le Sezioni saranno fissate da un Comitato esecutivo dopo intesa col Presidente dei Comitati delle Sezioni.

13. Il Comitato esecutivo, d'accordo coi Presidenti dei Comitati delle Sezioni, indicherà in tempo utile quegli scienziati stranieri che potranno essere eletti presidenti onorari delle Sezioni.

14. Le Assemblee generali hanno per iscopo: *a*) di decidere le questioni relative ai lavori e agli affari generali del Congresso — *b*) di sentire i discorsi e le comunicazioni aventi un interesse generale.

15. Non potranno pronunciare discorsi nelle Assemblee generali che i membri autorizzati dal Comitato d'organizzazione.

16. Le proposte relative ai lavori del Congresso devono essere comunicate al Comitato d'organizzazione prima del 1.° (13) Gennaio 1897. Il Comitato deciderà se sarà il caso di dar seguito a queste proposte o di esaminarle durante il Congresso.

17. Nelle sedute le Sezioni si occuperanno dell'esame delle questioni e delle tesi proposte dai loro presidenti e approvate dal Comitato d'organizzazione. Il principale oggetto dei lavori delle Sezioni consisterà nel svolgimento dei rapporti degli scienziati designati dal Comitato e delle comunicazioni in rapporto al medesimo argomento. Se il tempo lo permette, si potrà esaminare altre comunicazioni e altre tesi proposte dai membri del Congresso e accettate dai Presidenti delle Sezioni. Le questioni scientifiche non potranno essere risolte per mezzo di voto.

19. Il tempo assegnato a ciascuna comunicazione non dovrà oltrepassare i 20 minuti, e gli oratori che prenderanno parte alla discussione, non potranno parlare più di 5 minuti ciascuno.

20. I membri che prenderanno parte alle discussioni dovranno rimettere, il medesimo giorno, ai Segretarii delle Sezioni rispettive la nota in iscritto di quello che hanno detto durante la seduta.

21. Il francese è riconosciuto come lingua ufficiale del Congresso per tutte le relazioni internazionali. Nelle Assemblee generali, sarà permesso di pronunciare i discorsi in altre lingue d'Europa.

Quanto alle comunicazioni ed alle discussioni nelle Sezioni dal Congresso, essi potranno essere in francese, in tedesco ed in russo.

22. Le persone incaricate di presiedere una seduta dovrà dirigere i lavori conforme alle regole stabilite.

23. Gli studenti in medicina e le persone estranee che s'interessano ai lavori annunciati in tale o tale seduta, potranno esserne ammessi dal Presidente onorario, dopo intesa antecedente coi presidenti dei Comitati delle Sezioni.

24. Le comunicazioni e le questioni riguardanti i lavori di ciascuna Sezione del Congresso, dovranno essere inviate al Presidente del Comitato della Sezione che le concernono. Tutte le altre comunicazioni e questioni dovranno essere indirizzate al Segretario Generale del Congresso.

25. In una delle Assemblee generali si designerà il luogo di riunione del 13.° Congresso Internazionale di medicina.

BIBLIOGRAFIA

Dott. CARLO ABEL (Berlino). — **La tecnica e la diagnostica microscopica nella pratica ginecologica per gli studenti e per i medici.** — Ed. A. Hirschwald. Berlino, 1895.

Questo manuale è scritto collo scopo pratico di fornire ai medici ed agli studenti una chiara e breve guida nell'esame microscopico diagnostico delle parti esportate dall'utero.

A tale scopo sono descritte prima di tutto in modo preciso, con figure, le condizioni in cui si trovano in istato normale i tessuti uterini sia del corpo che del collo, e ciò era tanto più necessario in un manuale di questa natura, perchè l'utero presenta gia per sè stesso allo stato normale molti e svariati cambiamenti di struttura nei proprii tessuti, il che può trarre in errore chi pratica un esame diagnostico.

Le indicazioni bibliografiche sono rarissime, e l'autore cita quale fonte generale il Trattato di Orth (1893) e il libro di Frommel pubblicato annualmente coi resoconti dei lavori delle specialità. Nel primo capitolo sono diffusamente trattate le seguenti parti: la preparazione del materiale da esaminarsi, l'esame del materiale fresco e indurito, il modo di sezionarlo col microtomo, la colorazione delle sezioni e il trattamento del materiale ottenuto colla laparotomia. Nel secondo è esposta in modo sintetico ma con molte illustrazioni la patologia del corpo e del collo dell'utero, ed è qui che i pregi del lavoro specialmente si rivelano, perchè l'istologia illustra ampiamente l'anatomia patologica, e abbondano le nozioni di tecnica microscopica. Sopratutto la diagnosi delle forme neoplastiche iniziali è veramente degna di nota. CIOJA.

Il **Trattato di ostetricia per i medici e per gli studenti** del prof. dott. PAUL ZWEIFEL, Direttore della Clinica ostetrico-ginecologica di Lipsia, è arrivato alla sua quarta edizione nello spazio di otto anni.

La quarta edizione pubblicata nel Settembre dello scorso anno è stata quasi tutta ritoccata sulla terza pubblicata nel 1889. Nella prefazione a questa quarta edizione il prof. Zweifel dice che ha completamente rifatto il capitolo sulla profilassi generale e sull'igiene speciale della gravidanza, e quello della disinfezione. Infatti il suo trattato incomincia con una serie di dieci capitoli sulla disinfezione delle mani, degli istrumenti, delle medicazioni, sull'asepsi della partoriente, sulla profilassi della mastite, dell'arterite del moncone ombelicale del funicolo, della cistite, della blenorrea congiuntivale, e da ultimo sulla mortalità in puerperio. Tre altri capitoli furono totalmente rifatti e sono quelli della sinfisiotomia, della decollazione e della cura dell'eclampsia. A proposito della sinfisiotomia il prof. Zweifel in una nota intitolata *notizie storiche,* riconosce che il prof. Morisani ha fatto risuscitare questa operazione, e che il prof. Pinard di Parigi, fu spinto dai risultati ottenuti da Morisani a praticare di nuovo questa operazione a Parigi, mentre quivi essa aveva appunto avuto nel prof. Baudelocque il vecchio, un acerrimo nemico.

Il prof. Zweifel dice che in generale gli ostetrici tedeschi sono contrarii alla sinfisiotomia. Egli però la praticò 28 volte salvando 28 madri e 26 bambini, e quindi non ha nessun motivo per lagnarsi di quest'operazione. Egli fa notare poi che molto sovente, anzi quasi per regola, le donne già sinfisiotomizzate partoriscono poi spontaneamente dei feti a termine molto ben sviluppati, e ciò secondo lui per il motivo che la cicatrice della sinfisiotomia si rilascia meglio e si estende meglio nei successivi parti di quello che non succeda per la cartilagine originaria della sinfisi pubica.

Parlando della decollazione il prof. Zweifel raccomanda un suo nuovo uncino decollatore che chiama « Trachelorhekter » il quale è composto di due uncini uguali, paralleli, che ad istrumento messo in posto si possono far girare uno sull'altro movendone i manici in modo da rompere colla massima facilità la colonna cervicale del feto.

Nel capitolo dell'eclampsia accenna alle varie teorie sull'argomento e al danno che risulta alla statistica dal continuo sorgere di nuove e svariate teorie. Lo Zweifel si attiene ad una terapia ecclettica secondo i casi. Raccomanda però caldamente il salasso. È notevole un capitolo sul parto forzato, e il capitolo biografico sui più illustri ostetrici da Ippocrate a Crédé. CIOJA.

Prof. **Luigi Mangiagalli**, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XVIII. Maggio 1896. Num. 5.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF ENGLAND LIBRARY 16 JUN 96

R. ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI PADOVA

SULLA CURA DELL'ECLAMPSIDE

CONSIDERAZIONI CLINICHE

DEL

Prof. G. INVERARDI

Non è possibile curare una qualsiasi affezione morbosa con efficacia ed utilità, se non si ha un concetto sufficientemente chiaro della sua essenza, poichè di tutte le indicazioni la più razionale e ad un tempo la più efficace, rimane sempre la causale. Gli è perciò che la condotta del clinico nei casi di eclampsia è incerta e mobile; incerta per l'ignoranza che circonda l'essenza del processo morboso che va sotto il nome sintomatico di eclampsia, mobile per il mutarsi continuo delle teorie e quindi dei criteri sui quali noi dobbiamo fondare la nostra condotta terapeutica.

Molte infatti sono le teorie che andarono man mano succedendosi per spiegare questa grave complicazione della gravidanza, ma tutte subirono la stessa sorte. Nè a mio modo di vedere maggior fortuna può meritare la teoria, che oggi gode il favore della maggior parte degli ostetrici, la *teoria renale*, perchè a toglierle ogni fondamento bastano, per parlare solo delle maggiori, le ragioni seguenti:

1.° È fuori di dubbio che molte donne vanno soggette all'eclampside senza che prima dell'accesso abbiano presentato albumina nelle orine.

2.° Molte gravide hanno albumina nelle orine e nè tutte, nè la maggior parte vanno soggette all'eclampside; anzi pare che ne siano colpite più facilmente quelle che presentano scarse quantità di albu-

mina, forse per la facilità con cui essa può negli esami fatti prima passare inosservata.

3.° Nelle autopsie di donne morte di eclampsia sono numerosi i casi in cui il rene si trovò sano, e per altro si sa che un certo grado di nefrite si trova sempre nella gravidanza, tanto che ne è venuta la espressione di *rene gravidico,* per cui un certo grado di nefrite parenchimatosa può esistere indipendentemente dalla insorgenza di forme convulsive eclampsiche.

4.° L'accesso uremico si manifesta con caratteri del tutto differenti nelle sue manifestazioni dell'accesso eclampsico.

5.° Se la lesione renale (sia anatomica che funzionale) dovesse essere la causa patogenetica dell'eclampside, noi osserveremmo questa malattia non solo in donne gravide, ma anche in donne non gravide, e in individui dell'altro sesso; mentre colpisce il fatto di essere esclusivo retaggio delle donne in istato di gravidanza o che portano ancora recenti conseguenze della gravidanza nel loro organismo.

Ragioni di altra indole si potrebbero portare ancora per dimostrare l'insufficienza di questa teoria. Infatti dopo che il Lever (1842) dimostrò la relazione che passa tra eclampsia e albuminuria, e mise a base della patogenia eclampsica le lesioni renali, non si tardò a riconoscere la insufficienza della teoria. La qual cosa viene facilmente dimostrata dal successivo mutarsi della sostanza incriminata. E mentre si dovette abbandonare l'uremia come causa delle convulsioni, ed incolpare una sostanza derivante dall'urea, ma che non era l'urea, cioè il carbonato d'ammoniaca; dopo si dovette abbandonare anche questa, e si accusarono le sostanze estrattive, poi la materia colorante, indi i sali potassici, poi l'acqua, per ultimo tutte le sostanze componenti l'urina e si parlò di *urinemia.*

Ma, obbligati anche ad abbandonare questa teoria, si pensò alla esistenza di sostanze anormali, come lo zucchero e l'acetone; ma la insufficienza di queste teorie permise al Bouchard di portare avanti la sua, secondo la quale la eclampsia sarebbe prodotta da un avvelenamento misto, cioè non solo per l'urina, ma per le sostanze tutte che dovrebbero passare per l'urine. Finchè il rene è sano, l'organismo viene depurato da questi principi tossici, ma appena il rene diventa insufficiente, vengono in scena i fenomeni di avvelenamento, di cui la eclampsia sarebbe la manifestazione esterna.

Le sperienze di Chambrelent ed altri avendo dimostrato che di fronte ad una diminuita tossicità delle orine si trovava nelle eclampsiche un aumento di tossicità del siero, vennero a dare un appoggio non piccolo a questa teoria, specie quando si pensi alla scarsezza di fatti bene assodati nella patologia della malattia.

Rimangono però ancora dopo ciò molti punti oscuri, come ad esempio perchè soltanto nella gravidanza debba avvenire tale avvelenamento, o per lo meno perchè soltanto nella gravidanza questo avvelenamento debba avere una manifestazione speciale, poichè è risaputo che la eclampside è una malattia propria esclusivamente della donna gravida.

Nè vale il dire che la gravidanza imprime nell'organismo muliebre delle modificazioni speciali, poichè primieramente tutte le modificazioni che noi conosciamo non ci portano la luce sopra questo argomento, e poi perchè la malattia dovrebbe essere molto più frequente di quello che è, data la costanza delle modificazioni gravidiche.

Che se poi si vuole accennare a modificazioni speciali, o a gradi abnormi di queste modificazioni, o al modo speciale di rispondere dei vari organismi esposti allo stesso agente morboso, ci troveremmo imbarazzati non solo a dare di loro anche il più lontano concetto, ma anche a dare un qualsiasi indirizzo alle ricerche che dovessero offrircene la dimostrazione.

Alcuni casi clinici, e lo studio di alcuni fenomeni osservati in parecchi di questi casi, mi hanno convinto che nelle tenebre avvolgenti oggi questo processo morboso, un fatto anche solo di osservazione clinica non sia da sprezzarsi, e potrà forse, se da altri osservatori confermato, servire almeno a dare un indirizzo meno incerto da seguirsi nelle ricerche.

A rendere pubbliche queste osservazioni mi ha poi indotto ancora la considerazione che il concetto terapeutico che le informa, avendomi dato i migliori risultati, vorrei fosse seguito dai pratici, perchè, sebbene io non possa dare a questa proposta un fondamento scientifico, nello stretto senso della parola, sono però convinto che si avrebbe una notevole diminuzione nella mortalità di questa forma morbosa che, dopo i miglioramenti grandi raggiunti dalla prognosi della placenta previa, rappresenta ora la più grave complicazione della gravidanza e del parto.

Comincio dal riportare qui succintamente le osservazioni cliniche, che mi appartengono e che sono in numero di 27:

1. Anno 1887, Igravida, 20 anni, gravidanza a termine. Durante le prime contrazioni compaiono i prodromi di un accesso eclampsico: cefalalgia, nausea, disturbi visivi, ma la donna di scarsa intelligenza non li accusa e a dilatazione di due cm., scoppia il primo accesso eclampsico. Viene subito cloroformizzata, messa in un bagno a vapore, e si amministra un clistere di cloralio (gr. 5) e un purgante drastico (gialappa). Rapidamente la dilatazione arriva a 6 cm., orifizio esterno sottile e cedevole. Forcipe Simpson e pronta estrazione del feto, che è asfittico di 2.° grado, ma si rianima tosto: gr. 3120, cm. 50. Svuotato l'utero compaiono ancora tre accessi, ma incompleti e di brevissima durata. Puerperio normale. Esce interamente guarita.

2. Anno 1888, 26 anni, Igravida. Scheletro normale. Entra in Clinica a 6 mesi di gravidanza, anemica per pregressa recente e grave infezione malarica. Verso la metà del 7.° mese compaiono i primi fenomeni di insufficienza renale: edemi agli arti inferiori. Urine nelle 24 ore: 900 c.^{3}, densità 1028, non albumina, non cefalalgia, non disturbi visivi. Bagno a vapore e dieta lattea. Urine 1300 c.^{3} Una settimana dopo il bagno a vapore, continuando la dieta lattea le urine ridiscendono a 400 c.^{3} e compaiono i fenomeni cerebrali. Un bagno a vapore rimette tutto in ordine, sebbene con prontezza minore della prima volta. Urine 1200 c.^{3}, ma compare una tenue quantità di albumina. Continuando la dieta lattea e i bagni a vapore i sintomi cerebrali scompaiono, l'albumina va sempre più diminuendo, la quantità giornaliera delle urine oscilla fra 1400 e 1500 c.^{3}, e alla metà dell'ottavo mese si determina spontaneamente il parto prematuro. Feto gr. 2010, lung. 45 cm. sano e vivente. Puerperio normale.

3. Anno 1890, IIgravida. Bacino normale. Sintomi di insufficienza renale durante gli ultimi giorni di gravidanza. Provocazione del parto col metodo Krause-Tibone. Indi sacchetto del Barnes. Forcipe nello scavo. Puerperio fisiologico.

4. Anno 1890, IVgravida. Bacino normale. Gravidanza a termine. Entra in Clinica in istato di coma profondo dal quale esce soltanto per entrare in gravissimi accessi eclampsici. Prima di entrare in Clinica ebbe 24 accessi. Dilatazione di 3 cm. Feto morto in travaglio. Trapanazione, cranioclastia Braun. Cura medica dell'eclampsia con cloroformio, purganti, cloralio, bagni a vapore. L'ammalata ha altri 15 accessi in Clinica, quindi muore per polmonite ipostatica (constatata all'autopsia).

5. Anno 1891, Igravida. Bacino normale. Nefrite in gravidanza ottimestre. Prodromi di eclampsia. Parto prematuro artificiale Krause-Tibone, indi sacchetto del Barnes. Forcipe allo stretto superiore. Emorragia da lacerazione del collo uterino che viene suturato. Durante il puerperio, normale dal lato ostetrico, la nefrite migliora ma non guarisce. Passa in sala medica.

6. Anno 1891, IIgravida. Entra in Clinica in inizio di travaglio. Bacino normale. Vomito insistente, cefalea frontale, annebbiamento della vista. Membrane rotte precocemente. Ebbe eclampsia conclamata nel parto precedente. Tracce di albumina nelle orine. Raggiunta la dilatazione completa, il vomito e la cefalea aumentando si applica il forcipe. Feto vivo a termine. Dopo il parto i fenomeni diminuiscono e poi cessano.

7. Anno 1891, Igravida, 30 anni. Bacino normale, gravidanza semplice. Nefrite cronica con albuminuria grande, anasarca colossale. Fenomeni di insufficienza renale. Cura: drastici, diaforetici. Parto naturale a termine. Feto vivo. Puerperiò normale normale. L'anasarca dopo il parto, in seguito ad abbondante diuresi, scompare.

8. Anno 1891, 22 anni. Bacino normale. Fenomeni di insufficienza renale, scongiurato con la dieta lattea. Parto prematuro spontaneo, puerperio normale.

9. Anno 1891, 19 anni, IIgravida. Bacino normale, gravidanza semplice. Al principio del 9.° mese cefalea, nausea, vomito, disturbi visivi, urine scarse. Interruzione della gravidanza Krause-Tibone. In terza giornata di puerperio scompaiono tutti i fenomeni. Feto vivo.

10. Anno 1891, 30 anni, IIgravida. Gravidanza semplice complicata da nefrite acuta con insufficienza renale. Cura lattea, diaforetici. In 20 giorni di questa cura i fenomeni scompaiono. Parto naturale a termine. Feto vivo. Puerperio fisiologico.

11. Anno 1892, 28 anni, IIIgravida. Bacino normale. Entra in Clinica a travaglio di parto a termine iniziato, con anasarca, ascite, versamento pleurico doppio, urine scarse albuminose. Fenomeni di insufficienza renale, cuore sano. Parto naturale. Miglioramento consecutivo graduale.

12. Anno 1892, 28 anni, Igravida. Bacino normale, gravidanza semplice a 7 mesi. Entra in istato di coma profondo, anasarcatica, anurica quasi completamente. Parto provocato (Krause-Tibone), caffeina, bagni a vapore, drastici. Estrazione di un feto in principio di macerazione. Morte 24 ore dopo, essendo durato sempre il coma. Autopsia: nefrite acuta con numerosi infarti.

13. Anno 1892, 29 anni, Igravida. Bacino normale. Entra in Clinica dopo due accessi eclampsici a casa. Provocazione del parto (Barnes), a dilatazione di 7 cm., app. di forcipe allo stretto superiore. Dopo il parto non compaiono più accessi.

14. Anno 1892, 38 anni, Vgravida. Bacino normale. Gravidanza semplice ottimestre. Entra in Clinica con anasarca, edema polmonare gravissimo, ascite libera, ortopnea, cianosi, albumina abbondante, urine scarsissime. T. 35. 9. Interruzione della gravidanza (Barnes) indi forcipe, coma. Feto asfittico riavutosi, con eccitanti, bagni a vapore, cura lattea, la donna migliora nei primi giorni, ma in 9.ª giornata la donna muore quasi repentinamente. Autopsia: nefrite gravissima subacuta.

15. Anno 1892, 25 anni, IIgravida. Ebbe un aborto di due mesi. Bacino normale, gravidanza doppia. Entra con vomito insistente, edemi scarsi, cefalalgia grande, albuminuria. Interruzione della gravidanza (Barnes). Durante i preparativi scoppia il primo accesso eclampsico. Dilatatore metallico Tarnier. App. di forcipe sul primo feto, estrazione manuale del 2.º in pres. pod. Il 1.º feto è vivo (1750), il 2.º è morto (1370). Prima dell'estrazione dei feti la donna ebbe quattro accessi, e, ad onta di tutti i mezzi messi in atto la donna muore dopo aver avuto in tutto 8 accessi. Alla necroscopia si trovano numerose emorragie sottocapsulari del fegato, che è in avanzata degenerazione grassa, focolai emorragici del rene, nefrite.

16. Anno 1892, anni 22, IIgravida. Bacino normale. Gravidanza al 6.º mese, complicata da un tumore addominale fisso nel quad. inf. sin. La donna si presenta in Clinica con vomito infrenabile, anuria, coma, convulsioni tonico-cloniche, leggero grado di ittero, ipotermia. L'aborto si inizia spontaneamente, feto morto. Le condizioni rimangono invariate ad onta dei soliti mezzi messi in opera. Non si riesce ad attivare la diuresi. L'anuria, il vomito, il coma non cessano. La donna muore 20 ore dopo l'aborto. Autopsia: nefrite parenchimatosa acuta, cisti tubo-ovarica sinistra aderente per peritonite non recentissima, bronchite uremica, focolai multipli bronco-pneumonici.

17. Anno 1893, Igravida. Bacino normale. Entra in Clinica dopo aver avuto a casa accessi eclampsici per 10 ore (non è possibile precisare il numero). Gravidanza ottimestre, dilatazione di 4 cm. Gialappa, solfato di soda, bagno a vapore, ghiaccio sul capo. Si manifestano subito accessi appena entrata la donna in Clinica, e continuano durante il parto (4 accessi). Partorisce naturalmente un feto asfittico non riavutosi. Dopo il parto cessano completamente gli accessi.

18. Anno 1893, Igravida. Assenza di albumina nelle urine. Gravidanza semplice, bacino normale, parto a termine artificiale (forcipe per

mancata rotazione interna), feto vivo. Quarantacinque minuti dopo il parto scoppia un primo accesso di eclampsia, purgante drastico, bagno a vapore, cloronarcosi, idrato di cloralio. Dopo due ore altri due accessi, che non si ripetono più dopo sudore profuso e scariche alvine abbondanti.

19. Anno 1894. Igravida, 20 anni. Bacino normale. Entra in Clinica in incipiente travaglio di parto con gravidanza gemellare. Nascono due feti naturalmente. Sette ore dopo il parto viene colta da un primo accesso eclampsico. Ne succedono altri cinque a distanza sempre maggiore. Cloronarcosi, bagno a vapore, clisteri di cloralio. Tintura di gialappa composta. Dopo sei scariche abbondanti ritorna la coscienza, diminuisce la temperatura, scompare l'albumina dalle urine, e in 18.ª giornata di puerperio esce completamente guarita.

20. Anno 1894, Igravida, 22 anni. Bacino normale. Entra in Clinica con fenomeni prodromici di eclampsia. Travaglio di parto incipiente. Tintura di gialappa composta, dieta lattea, si ottengono abbondanti scariche alvine e i fenomeni scompaiono. Parto naturale, puerperio fisiologico.

21. Anno 1894, Igravida, 20 anni. Bacino normale. Entra in Clinica con fenomeni prodromici di eclampside. Tintura di gialappa composta, dieta lattea. Essendo a termine di gravidanza con collo trasformato e qualche contrazione uterina si attiva il parto con una sonda del Krause. Durante il periodo della dilatazione compare un accesso eclampsico. Dilatazione di 2 cm. e mezzo, dilatatore metallico del Tarnier, forcipe, subito dopo il parto intervengono numerose ed abbondanti scariche alvine. Puerperio normale.

22. Anno 1894, Igravida, 18 anni. Bacino normale, operata di forcipe a domicilio viene inviata in Clinica, puerpera di poche ore, colpita da eclampsia. Prima del suo ingresso in Clinica ebbe 10 accessi. Un nuovo accesso scoppiò appena entrata, mentre viene portata su per le scale. Cloronarcosi, bagno a vapore, gialappa. Tosto compaiono abbondanti scariche alvine e sudore profuso. Nessun nuovo accesso compare più. Esce guarita in 10.ª giornata.

23. Anno 1894, Igravida, 30 anni. Bacino normale. Gravidanza di 4 mesi e mezzo. Entra in Clinica d'urgenza dopo 10 accessi avuti nella notte. Un altro accesso appena entrata in Clinica. Con la sonda esofagea si somministra la gialappa. Bagno a vapore, sudori profusi, scariche alvine numerose, nessun altro accesso, si continua la cura con la dieta lattea, e si tiene in osservazione. Dopo 6 giorni essendo ritornate normali le condizioni del sistema nervoso si rimette la donna al regime misto ordinario. Appena incominciato questo la donna diviene taciturna

e all'indomani viene colta da un accesso di delirio. Cloralio e purganti, si ritorna alla dieta lattea. Ritorno allo stato normale. Un tentativo fatto alcuni giorni dopo di dieta ordinaria determina di nuovo uno stato mentale anormale. Ripresa della dieta lattea, ricupero della salute. In tutto questo tempo il battito cardiaco fetale fu sempre normale.

Quindici giorni dopo l'ingresso e due dopo gli ultimi fatti registrati, la donna sentendosi assolutamente guarita domanda di uscire. In un esame fatto dinnanzi agli studenti prima di congedarla definitivamente non si riesce più a sentire il battito cardiaco, che prima si era sempre sentito chiaramente. Espresso il dubbio che l'assoluto benessere coincidesse con la morte del feto, si concede alla donna di uscire, invitandola a tornare appena avverta qualche fenomeno nuovo.

Infatti dopo due giorni rientra in Clinica in travaglio di aborto col quale espelle un feto quintimestre macerato da circa 4 giorni. Puerperio fisiologico. E interessante questa osservazione perchè i fenomeni eclampsici si mitigarono e si accentuarono col migliorarsi e col peggiorarsi delle condizioni del tubo gastro-enterico, e scomparvero del tutto con la morte del feto.

24. Anno 1894. Ebbe un aborto trimestre. Bacino normale. Entra in Clinica gravida di 8 mesi, dopo aver avuto a domicilio sette accessi eclampsici. Il collo uterino è in via di trasformazione. Posta a letto gli accessi si ripetono a brevissima distanza. Clistere purgativo, tintura di gialappa composta per bocca, bagno a vapore, cloronarcosi, cloralio idrato; si ottiene profuso sudore, ma gli accessi si ripetono. Altro purgante salino e poi di gialappa. Intanto la donna partorisce spontaneamente. Nessuna scarica, continua il coma. Un nuovo purgante determina abbondantissime scariche e gli accessi non si ripetono più. Dieta lattea.

Esce guarita in 22.ª giornata. Durante la degenza in Clinica appena si tentava di ritornare alla dieta mista, ricompariva la cefalea. Appena l'albumina fu interamente assente dall'urina si potè impunemente lasciare la dieta lattea.

25. Anno 1895, Igravida. Bacino normale. Sei ore dopo il parto naturale, avvenuto a domicilio, viene colta da un accesso eclampsico. Portata in Clinica dopo sei accessi vi arriva in istato comatoso gravissimo. Iniziata la stessa cura essa non può avere effetto alcuno perchè 4 ore dopo l'ingresso la donna entra in agonia e muore dopo pochi momenti.

L'autopsia riscontrò le solite lesioni echimotiche del fegato e superficialissime lesioni renali (rene gravidico).

26. Anno 1895, Igravida, età 34. Bacino normale. Entra in Clinica dopo che a casa ebbe tre accessi. Gravidanza di 8 1[2 mesi. Esplorata si trova: feto vivo, dilatazione di 3 cm. Clistere purgativo. Gialappa

per bocca. Non avendosi scariche si svuota l'utero dopo quattro ore dall'ingresso, colla isterostomatomia e forcipe. Continuando gli accessi si somministra una nuova dose di gialappa in seguito alla quale si ottengono numerosissime e abbondantissime scariche e gli accessi non si presentano più. La donna esce in 12.ª giornata completamente guarita.

27. Anno 1896 (questa osservazione per la sua importanza la riporto integralmente dalla cedola clinica). Igravida, età 26. Gravidanza *bigemina*, ottimestre. Bacino normale.

Entra in Clinica, mandata d'urgenza, alle ore 3 ant. del giorno 9 Aprile, dopo avere viaggiato buona parte della notte fredda e burrascosa sopra un carrettino scoperto, poco coperta anche la gestante. Il primo accesso avvenne alle ore 14 dell'8 Aprile, a domicilio, e prima di entrare in Clinica ebbe 7 accessi convulsivi. *Esplorata ripetutamente dal medico e dalla levatrice fuori della Clinica.*

Appena entrata in Clinica viene colta da un ottavo accesso. Le si amministrano subito, in due volte, grammi 50 di tintura di gialappa composta, e due enteroclismi con 20 grammi di solfato di soda. La donna è, dal momento dell'ingresso, in coma continuo, e interrogati i parenti che l'accompagnano si sa che dal secondo accesso l'intelligenza non è più tornata. Mezz'ora dopo il suo ingresso ebbe l'una dopo l'altra due scariche di materie in parte solide e in parte liquide.

Alle 4 e 45' un nono accesso leggero, alle 5 e 30' un decimo accesso grave, alle 6 e 30' un undicesimo accesso ancora più intenso del precedente. Intanto sono sopraggiunte altre scariche alvine abbondanti e liquide. Fino alle 8 ant. sono avvenuti 14 accessi, dei quali 7 a domicilio e 7 in Clinica. Gli ultimi sono particolarmente gravi, ad onta di scariche abbondanti e numerose (7). Polso 140. Temp. 38. 5. Respiro 36. Le condizioni locali al momento dell'ingresso sono: collo uterino completamente trasformato, spesso, rigido, permette l'introduzione dell'apice del dito. Presentazione podalica nella parte alta dello scavo, posizione S. I. S. A. Membrane integre.

Alle 8 ant., cioè 5 ore dopo l'ingresso, le contrazioni essendo sempre state deboli, la dilatazione ha poco progredito. Essa è di 3 cm., orli della bocca uterina spessi e rigidi. La quantità delle urine trovate in vescica è scarsissima, notevole quantità di albumina. Reazione acida. Densità 1013. Alle 8 ant. il polso essendo piccolo e frequentissimo, continuando il coma, e facendosi subentranti gli accessi, vista la lentezza con cui procedeva la dilatazione, e la urgenza di sottrarre i feti dall'utero, previo sbrigliamento bilaterale della bocca, si pratica l'estrazione manuale del primo feto, e il rivolgimento sul secondo, che trovasi in pres. Sp. destra, C. I. S. I feti, ottimestri, di normale sviluppo, sono estratti vivi e sani. Il secondamento è spontaneo (due placente distinte). Emostasi.

Otto ore dopo il parto, continuate essendo le scariche diarroiche e il coma, ebbe ancora un accesso convulsivo leggero che fu l'ultimo. Dieta lattea. Alla sera del terzo giorno ritorna l'intelligenza e risponde adeguatamente alle domande. Nelle prime 24 ore dopo il parto le urine sono nella quantità di 700 gr. Nelle seconde 24 ore 1200 gr. e si mantengono intorno a questa cifra nei giorni successivi, nei quali si nota una progressiva diminuzione dell'albumina.

La Temp. si mantiene sempre nei primi tre giorni intorno a 39, e poi intorno ai 40. Il respiro è sempre intorno ai 40, il polso oscilla fra 110 e 130. I fenomeni della sfera genitale non sono tali da spiegare queste cifre, e meno lo stato eclampsico che dopo le prime 48 ore dal parto era, si può dire, svanito. Tanto chè, appena le condizioni lo permisero, esaminata la donna si trova affetta da *doppia polmonite lobare,* (lato medio destro, inferiore sinistro). La cura non valse a guarire la polmonite, e la donna muore per questa in ottava giornata di puerperio.

L'autopsia, praticata dal prof. Bonome, conferma la gravissima polmonite doppia, e una leggera infezione del collo uterino. Il fegato in avanzata degenerazione grassa, il rene in istato di nefrite parenchimatosa. Le ricerche batteriologiche fatte nell'Istituto di anatomia patologica dimostrarono il pneumococco nel polmone e lo stafilococco nel collo uterino.

Questa infezione del collo uterino, nata evidentemente fuori della Clinica, non avrebbe certamente spenta l'ammalata, mentre la morte evidentemente fu prodotta dalla doppia polmonite. Del resto il decorso clinico aveva di già dimostrato che la donna moriva della polmonite. I fenomeni eclampsici erano quasi totalmente svaniti, e se il trasporto di questa poveretta non si fosse fatto in condizioni così sfavorevoli di clima e di tempo, si fosse cioè evitata la polmonite, della eclampside gravissima da cui fu colpita era già salva.

Per l'argomento che ora tratto, possiamo quindi considerare il caso presente come favorevole.

Queste osservazioni vanno divise, come dirò fra poco, in due grandi categorie, delle quali uno comprende le osservazioni che appartengono agli anni 1887-88-90-91-92, in tutto cioè 16 osservazioni. L'altra serie comprende le osservazioni degli anni 1893-94-95-96.

Nella prima serie sopra 16 osservazioni abbiamo da registrare 5 morti. Nella seconda serie sopra 11 osservazioni abbiamo 10 risultati favorevoli dell'eclampside.

Confrontando queste due serie tra di loro non appariscono quelle notevoli differenze nelle manifestazioni cliniche, da indurre a credere

che le numerose guarigioni della seconda siano determinate da originaria benignità del processo morboso.

La diversità dell'esito io credo dovuta principalmente al metodo terapeutico messo in atto; metodo che è fondato sopra un concetto patogenetico che a me è parso in questo ultimo quadriennio come il più conveniente per spiegare i fatti clinici e i risultati terapeutici.

È fuori di dubbio che la eclampside è una forma morbosa esclusiva della gestante, della partoriente e della puerpera nei primissimi giorni dopo il parto.

È pure fuori di dubbio che non solo la madre, ma anche il feto ancora contenuto nell'utero può andare soggetto a questa malattia.

Si sa pure che l'eclampsia può colpire il bambino nei primi mesi della vita estrauterina; passato questo tempo l'eclampsia non compare più, se non durante la gravidanza.

Possiamo quindi esprimerci così: l'eclampsia è una malattia che colpisce l'uomo ne' suoi primi stadi di sviluppo (feto, infante) oppure la donna che porta nel suo seno un individuo in tali condizioni.

Sono quindi portato ad ammettere l'ipotesi che il principio infettante si formi nell'organismo fetale e che versato nel torrente circolatorio della madre, questa ne subisca gli effetti, quando per qualche ragione i suoi organi depuratori siano in qualche modo menomati nella loro funzione. Troppo poco sappiamo della fisiologia fetale perchè io mi possa attentare a dare una qualunque base scientifica a questa ipotesi. Solo si può dire che di fronte ad una maggiore attività formativa degli elementi fetali, corrisponde una non perfetta circolazione sanguigna nel feto. Tranne il fegato infatti, la restante parte dell'organismo fetale riceve sangue non affatto arterioso, e, dopo l'ingresso nell'aorta del sangue proveniente dal dotto arterioso, sangue più venoso che arterioso.

Non dovrebbe quindi recar meraviglia, se con una così imperfetta circolazione sanguigna, ed una conseguente limitata ossidazione organica, il feto desse luogo a prodotti regressivi meno completi e tali da produrre dei gravi guasti nell'organismo materno, una volta versati nel suo torrente circolatorio e non rapidamente emessi. Gli stessi fenomeni simpatici della gravidanza potrebbero essere una manifestazione prima di questo avvelenamento, al quale dopo qualche tempo l'organismo materno porrebbe riparo attivando i processi di depurazione.

Dalla fisiologia della gravidanza sappiamo che gli organi depuratori principali sono: il fegato, l'intestino, il rene, la cute, il polmone. Quali di questi organi siano più degli altri deputati ad eliminare il principio tossico determinante colla sua presenza la sindrome fenomenologica, che si comprende nella espressione « eclampsia », naturalmente non è possibile oggi determinare, ma quando si pensa alla costanza delle lesioni, dimostrata dal Boufe di S. Blais e da altri, e pure da me constatata, nel fegato, alla frequenza grandissima della stitichezza delle gravide, non può negarsi che assai probabilmente l'organo che più degli altri deve essere di ciò incaricato debba essere il fegato e secondariamente l'intestino.

Solo quando o l'uno o l'altro, o tutti e due questi organi funzionano deficientemente, vengono in aiuto gli altri, cioè i reni, la cute e i polmoni. Quando anche questi diventano insufficienti, allora l'organismo materno soggiace all'azione di questo principio tossico proveniente dal feto.

Che provenga dal feto sono indotto a pensarlo:

1.° Dal fatto che la eclampsia si osserva solo durante la gravidanza o subito dopo.

2.° Dal fatto di osservazione che fra tutte le cure quella che dà sempre i migliori risultati è la sottrazione dall'organismo materno del parassita infettante, cioè lo svuotamento dell'utero.

3.° Dal fatto che anche quando il feto rimane nell'utero, la eclampside può spontaneamente guarire se il feto viene a soccombere durante la gravidanza, forse per lo stesso avvelenamento prodotto dall'accumulo nel sangue fetale dell'agente tossico, come è avvenuto ad esempio nell'osserv. 23.ª

4.° Dalle ricerche del Chambrelent, secondo le quali nelle donne eclampsiche la tossicità del siero fetale è maggiore di quella della madre.

5.° Dalle frequenti gravidanze composte in donne eclampsiche.

Se si dimostra esatta questa ipotesi sarebbe facile trovare la spiegazione dei più importanti fatti clinici osservati.

a) La maggiore frequenza infatti della eclampside negli ultimi due mesi, può per tal modo essere spiegata con due meccanismi, uno ammettendo che crescendo il volume del feto aumenta la quantità del veleno; l'altro supponendo che l'agente tossico attraversante gli organi depuratori, venga a lungo andare ad alterare la struttura anato-

mica dei visceri a ciò incaricati, e quindi renderli insufficienti alla bisogna, come è dimostrato di già per altri principii tossici, e come viene dimostrato dallo stato abnorme del fegato e del rene nella gravidanza.

b) La maggiore frequenza della malattia nelle stagioni fredde, specie le intermedie, quando per l'appunto l'organismo risente maggiormente l'azione del freddo, si spiega perchè in tali stagioni la cute viene a subire una riduzione funzionale; ed i reni, chiamati ad un tratto ad un'azione vicariante, possono essere insufficienti ad eliminare da soli l'eccesso di veleno accumulatosi in causa della soppressione repentina della funzione cutanea.

c) La maggiore frequenza dell'eclampside durante il travaglio, specie durante il periodo espulsivo, si può spiegare non solo con l'azione del freddo cui più facilmente si espongono le partorienti, specialmente nel periodo espulsivo, rispetto alle gestanti; ma ancora coi disturbi circolatori fetali durante il parto, disturbi i quali, ostacolando la circolazione feto-placentare e lo scambio feto-materno, favorirebbero la produzione di sostanze regressive incomplete e quindi dannose per la madre.

d) La maggiore frequenza della eclampsia nelle primipare si presta pure con questa ipotesi ad una spiegazione facile. Il feto è rispetto alla gestante un parassita, che oltre al ricevere i materiali nutritizi per il suo accrescimento, versa nell'organismo materno i materiali di rifiuto. Questi materiali per essere eliminati debbono passare attraverso l'organismo materno. Qualunque sia il modo di comportarsi dell'organismo materno di fronte a questi materiali, è chiaro che, come in qualunque altro inquinamento, l'organismo deve manifestare sofferenze maggiori quando si trova per la prima volta dinnanzi a questo veleno, che non quando con una specie di adattamento si è già trovato altre volte dinnanzi a questo agente morboso.

Inoltre molte donne subiscono subito la legge di selezione, poichè alla prima gravidanza soccombono dinnanzi a questo veleno, qualunque esso sia, ed arrivano alla gravidanza successiva soltanto quelle che hanno dimostrato col fatto di poterlo eliminare sufficientemente, o che avendone in una prima gravidanza subìto vittoriosamente gli effetti, questi procurarono una specie di immunità per le successive gravidanze.

I casi rari di eclampside ripetutasi in tutte, o quasi tutte le gravidanze di una stessa donna non possono stupire, perchè anche le ma-

lattie nelle quali meglio è dimostrata l'immunità possono ripetersi nello stesso individuo.

Per quei casi in cui l'eclampsia si è sviluppata nelle gravidanze successive e non nella prima, o nella prima si può invocare anzitutto la supposizione molto probabile che non tutti i feti formino nella stessa proporzione l'agente o gli agenti nocivi; secondariamente che in molte primipare il parto si determini prima che si avveri quell'accumulo di materiali regressivi nocivi che in altre gravidanze ha potuto raggiungersi più presto, sia per una maggiore formazione per parte del feto, sia per un rallentamento subitaneo nella loro eliminazione per parte della madre (per raffreddamento, per sopravvenute alterazioni dei visceri incaricati di questa eliminazione, ecc.)

e) La maggiore frequenza della eclampside nelle gravidanze multiple viene pure con questa ipotesi spiegata. Nella nostra serie sopra 27 osservazioni troviamo tre gravidanze gemellari.

Ammessa questa ipotesi si può spiegare anche l'insorgenza della eclampside nel puerperio. Intanto si sa che nel puerperio è assai più rara ed ha una gravezza assai minore che non nella gravidanza o nel parto. Inoltre non compare mai se non dopo poco tempo dal parto. Tutto ciò dimostra sempre più che la influenza deleteria della presenza del feto sull'organismo materno, va sempre più diminuendo dal giorno in cui il feto è tolto dall' utero, e quando compare essa è anzitutto attenuata e provocata da condizioni speciali (setticemia, stitichezza, raffreddamento, ecc.), che interrompono o limitano la eliminazione delle sostanze tossiche precedentemente accumulate nell'organismo materno.

Dinnanzi all'oscurità perfetta delle vere cause di questa malattia, e dinnanzi ai risultati poco soddisfacenti della prima serie, fondati sopra i soliti criteri patogenetici, io mi sono domandato da oltre un triennio se non era forse il caso di tentare con prudenza una via partente da altri criteri.

E non avendo la nozione esatta della sostanza o delle sostanze nocive, ho dovuto dapprima cercare colla scorta della fisiologia, della patologia e della clinica osservazione, e coi pochi fatti obbiettivamente dimostrati della eclampside, quale era almeno l'organo che più degli altri era incaricato di eliminare queste sostanze regressive. È naturale che deve essere quello che di tutti si mostra il più costantemente e il più gravemente alterato. Evidentemente questo organo è il fegato e,

consecutivamente, l'intestino. Le ricerche di Boufe di S. Blais ed altri dimostrano chiaramente che il fegato ammala assai più costantemente e gravemente del rene nell'eclampside, e l'osservazione clinica mette fuori di dubbio la incompleta ed insufficiente funzione dell'intestino nella gravidanza. L'azione depuratrice del fegato può manifestarsi in vario modo, sia modificando le sostanze tossiche, che così modificate verrebbero dalla circolazione sanguigna eliminate, sia versandole nell'intestino che le eliminerebbe colle feci. Ora, l'inguinamento potrebbe avvenire sia perchè il fegato dopo qualche tempo esaurisce la sua attitudine a modificare tali sostanze tossiche, che così passerebbero immutate o quasi nella circolazione sanguigna. In tal caso sono i reni, il polmone, la cute che debbono essere deputati a liberare l'organismo di queste sostanze. Se è invece la via dell'intestino quella per la quale il fegato elimina queste sostanze tossiche, l'infezione avverrebbe per intossicazione intestinale.

In ultima analisi sono sempre i reni, la cute, i polmoni che dovrebbero depurare l'organismo così inquinato, ma lo sarebbero di seconda mano, ed in mancanza di meglio; ma la prima e principale via è, secondo il mio convincimento, il fegato e l'intestino.

L'osservazione clinica e i risultati di questi ultimi casi mi hanno confermato in questa idea. Mi sono cioè proposto di attivare la funzione, tanto del fegato che degli intestini, coi purganti drastici (che una lunga serie di osservatori aveva già dimostrato utili in tale malattia con altri concetti teorici), poichè questi, oltre al liberare e lavare tutto il tubo intestinale, attivano la circolazione e la nutrizione del fegato e rendono quindi facile la eliminazione delle sostanze tossiche che eventualmente si fossero accumulate in questi organi.

Dopo una buona ed abbondante lavatura intestinale, ottenuta coi drastici, si conserva libero questo canale con la dieta lattea, la quale quindi agirebbe favorevolmente nella eclampside più per l'azione modificatrice della mucosa gastro-intestinale, che per la sua azione favorevole sul rene.

I bagni a vapore, come qualunque altra cura diretta allo scopo di attivare la funzione cutanea, avrebbero un effetto utile nella cura dell'eclampside, perchè diminuirebbero il compito degli altri visceri i quali già si dimostrano sovracarichi di lavoro.

Dacchè io mi sono appigliato a questo concetto, e ad esso ho in-

formata la cura ho avuto 10 guarigioni sopra 11 casi, sebbene i casi occorsi fossero non leggeri e alcuni gravissimi, mentre sopra 16 della prima serie ho avuto 5 morti.

Difatti se gettiamo uno sguardo sopra questi fatti clinici, noi troviamo che sono assai più gravi quelli della 2.ª serie. In questa sopra 11 osservazioni ne troviamo soltanto una in cui non si osservarono veri accessi. La forma si limitò al solo periodo prodromico (oss. 20.ª), ove per altro i fenomeni scomparvero anche prima dello svuotamento dell' utero appena intervennero numerose ed abbondanti scariche alvine.

Invece nella 1.ª serie ebbero veri accessi eclampsici soltanto 6 donne sopra 16, e 4 incontrarono la morte. La quinta delle morti si ebbe in una donna affetta da una vera e gravissima nefrite constatata all'autopsia (oss. 14.ª), e che nella vita aveva presentato solo qualche prodromo di eclampside. Volendo essere rigorosi, questa osservazione dovrebbe essere sottratta, perchè è mio convincimento che qui trattavasi di una comune nefrite aggravatasi colla gravidanza, come pure dovrebbero sottrarsi gli altri due casi di morte della 2.ª serie (osserv. 25.ª e 27.ª), poichè nell'osserv. 25.ª la donna venne condotta in Clinica dopo che aveva avuto sei accessi a casa, ove non era stata fatta cura di sorta; trasportata in Clinica, ad onta della cura energica posta in atto, questa rimane senza effetto perchè subito dopo la donna viene a soccombere. Nell'osserv. 27.ª, quantunque la eclampsia fosse gravissima, con la sola cura intestinale e con il pronto svuotamento dell'utero la malattia guarì; la morte avvenne per sopravvenuta polmonite lobare.

Volendo essere giusti si dovrebbero sottrarre dal computo l'oss. 14.ª (nefrite), l'osserv. 25.ª (morta appena arrivata in Clinica) e l'osserv. 27.ª Rimarrebbero per ciò a rigore di logica, 15 casi della 1.ª serie con 4 morti e 10 casi della 2.ª serie con 10 guarigioni, ed è mio convincimento che la donna di cui all'oss. 25.ª si sarebbe essa pure salvata se fosse stata condotta prima in Clinica, non solo perchè si avrebbe avuto il tempo di fare una cura proficua, ma anche perchè trattavasi di eclampsia in puerperio.

Lasciandomi guidare da questo concetto, ecco quale è ora la mia condotta dinanzi ad un caso di eclampsia minacciante o conclamata. Appena la donna si presenta con sintomi prodromici o costitutivi di eclampside, si stabilisce l'età della gravidanza e le condizioni del collo dell'utero. Se la gravidanza non è ancora giunta a termine e che i

fenomeni non siano minacciosi mi limito ad ottenere *abbondantissime e profuse evacuazioni intestinali.* Il rimedio che mi ha dato i migliori risultati, fu sempre la tintura di gialappa composta alla dose di 30 gr. per volta, ripetuta anche tre volte nella 24.ª, se occorre, cioè fino ad ottenere molte ed abbondantissime scariche sierose. In tutti i casi suscettivi di qualche modificazione ho sempre constatato un notevole miglioramento nei sintomi, ottenuto il quale, lo mantenni con la dieta lattea.

Se la gravidanza è prossima al termine, tanto più se già vi sono modificazioni nel collo uterino, e in ogni caso quando i fenomeni sono incalzanti e minacciosi, oltre alla cura suddetta, affretto con ogni mezzo il parto, convinto che il miglior modo per sottrarre la donna dall'infezione sia quello di allontanarla dal parassita che ne è la causa.

Anzi in questi casi in cui il torpore intestinale, che è talvolta grandissimo, non mi permette di avere con la necessaria prontezza, numerose ed abbondanti scariche alvine, ed in cui i fatti d'infezione eclampsica con la cura intestinale non si dissipano o troppo poco si attenuano, non rifuggo dall'ottenere la pronta dilatazione del collo anche con mezzi violenti (dilatatori di Barnes, dilatatore metallico del Tarnier, sbrigliamento del collo colle forbici o col bisturì) pur di allontanare al più presto dalla madre il feto. E dopo ancora insisto sulla cura evacuatrice dell' intestino, che ad utero vuoto è assai più pronta, servendomi eventualmente della sonda esofagea per introdurre nello stomaco il rimedio nei casi di coma profondo, per evitare anche i casi di accumulo di materiali nocivi e il ripetersi tardivo, sebbene meno grave, della eclampside.

Io sono convinto che se invece di fondarsi sopra l'azione di rimedi che mi si dimostrarono inefficaci, come i narcotici, o poco efficaci e solo per le forme prodromiche come i diaforetici e i diuretici, si portasse precipuamente la nostra attenzione all'intestino e al fegato o si pensasse di sottrarre al più presto il parassita fetale dall' organismo materno, si potrebbe di molto modificare la prognosi di questa malattia, che in mezzo ai miglioramenti subìti dalle altre parti dell' ostetricia conserva ancora una prognosi assai grave.

COMPARTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELL'OSPEDALE MAGG. DI MILANO
diretto dal Prof. L. Mangiagalli (1)

Isterectomia cesarea totale vagino-addominale per carcinoma

NOTA CLINICA

DEL
Dott. ENRICO AMADEI

L'opinione di Cohnstein che il metro-carcinoma costituisca una condizione favorevole allo sviluppo della gravidanza non è oramai sostenuta da alcuno, e le statistiche fatte su un materiale grandissimo dimostrano invece che il cancro uterino complicante la gravidanza è un fatto relativamente raro. Winkel lo ha osservato 8 volte su 15000 parti, Stratz su 17900 donne potè constatarlo 5 volte in gravidanza e 7 volte in travaglio, e Sutugin 2 volte su 9000 parti. Nel Comparto ostetrico-ginecologico dell' Ospedale Maggiore di Milano, nel periodo di 6 anni su 600 ammalate circa di metrocarcinoma si osservò la gravidanza in 3 casi. Lo stesso Cohnstein, che nel 1873 pubblicò la statistica dei cancri uterini complicanti la gravidanza, raccogliendoli da tutta la letteratura ostetrica, non ne mise insieme che 127, e Theilhaber, che continuò l'opera di Cohnstein per il ventennio 1873-1893, ne raccolse 165 (2). Pur ammettendo che alle ricerche di Cohnstein e di Theilhaber alcune osservazioni abbiano potuto sfuggire, e che fino al 1893 i casi pubblicati di metro-carcinoma in gravidanza o in travaglio siano stati più che i 292 raccolti, appare tuttavia come questa complicanza sia rara e come sia quindi conveniente che ogniqualvolta essa si presenta all'osservazione del clinico, il fatto sia reso di pubblica ragione.

(1) Questo lavoro doveva essere pubblicato quando il Comparto era ancora diretto dal prof. Mangiagalli a cui appartiene l'osservazione clinica.

(2) Dr. Theilhaber. « Die Behandlung des Uteruscarcinoms in der Schwangerschaft und bei der Geburt. » *Archiv fur Gynäkologie,* 1894. Band. XLVII, Heft. 1, S. 56.

Perciò il caso clinico che io ho avuto la opportunità di osservare nel Comparto ostetrico-ginecologico diretto dal prof. Mangiagalli, mi sembrerebbe degno di nota anche se il trattamento chirurgico al quale ha dato luogo non ne avesse aumentata l'importanza.

Storia clinica.

Il 24 Aprile 1895 entra nel Comparto Astolfi Luigia maritata Gorla, d'anni 30, stiratrice, di Milano. Il gentilizio è immune da labe cancerigna e nell'anamnesi remota non si riscontra alcuna malattia degna di rilievo. Mestruò la prima volta a 16 anni e le mestruazioni furono poi irregolari per periodo e quantità fino a 22 anni; a quest'età l'Astolfi passò a marito e la funzione mestruale si regolarizzò. Ebbe tre gravidanze normali seguite da parti a termine, naturali, facili; i puerperi furono tutti lievemente febbrili.

Allattò tre volte per un anno circa. L'ultima mestruazione comparve verso i primi di settembre, e nei primi tre mesi di gravidanza la donna ebbe cefalea, anoressia e vomito; alla fine del 4.° percepì i primi moti fetali, e verso la metà del 5.° ebbe una improvvisa perdita sanguigna piuttosto abbondante, che durò poche ore e cessò poi spontaneamente; lo stesso fatto si ripetè il mese successivo. Da 45 giorni circa, all'epoca del suo ingresso nell'Ospedale, l'ammalata ha perdita sanguigna o mista, fetente, quasi continua. Durante la gravidanza ha avuto anche perdite bianche, fetide, abbondantissime.

All'esame obbiettivo si rileva un notevole deperimento generale. La costituzione scheletrica è regolare e sono molto scarsi il pannicolo adiposo e la muscolatura. La cute ha un colore paglierino, le mucose sono pallide e l'ammalata ha nel complesso un aspetto molto sofferente; si lagna di anoressia, ma digerisce bene. La defecazione e la minzione si compiono normalmente. Non ha cefalea, i sensi sono integri e la lingua detersa. Nulla rilevasi di notevole al collo, e negativo è pure l'esame dell'apparecchio respiratorio. Sul cuore, di diametri pressochè normali, si ascolta un soffio dolce in primo tempo a tutti i focolai. Gli organi degli ipocondri sono nei confini, e le urine normali per quantità e costituzione chimica.

Le mammelle presentano spiccate le modificazioni gravidiche e danno scarsa secrezione sierosa. L'addome, sviluppato proporzionatamente all'età della gravidanza, presenta la linea media alquanto pigmentata, la cicatrice ombellicale piana, e scarse smagliature antiche nei quadranti inferiori. L'utero ha una forma ovoidale col massimo diametro longitudinale. Si palpano l'estremo cefalico in basso e le piccole parti in alto a destra. Il battito cardiaco regolare si ascolta nel

quadrante inferiore sinistro. La pelvimetria dà: Sp. 25, Cr. 27, Obl. destro 24, Obl. sin. 24, Tr. 32, C. E. 19, C. D. 11 1[2, C. V. 10. I genitali esterni coi consueti caratteri di pluriparità sono sani.

La porzione vaginale del collo uterino molto ingrossata e irregolare di forma, vastamente ulcerata, in alcuni punti è dura, in altri è estremamente friabile. A sinistra la volta vaginale è pure ulcerata ed in corrispondenza del parametrio si palpa un intasamento sotto forma di grosso nodo circoscritto.

Ad entrambi gli inguini si notano ghiandole linfatiche ingrossate, indolenti.

In base alla esposta sintomatologia si fa diagnosi di « carcinoma del collo con diffusione secondaria alla vagina ed al parametrio sinistro complicante la gravidanza all'8.° mese. » Tale diagnosi clinica è confermata anche dall'esame istologico praticato su un pezzetto di collo esportato.

Continuando le perdite saniose e sanguigne il prof. Mangiagalli decide di operare la donna di taglio cesareo con esportazione totale dell'utero, e il giorno 4 Maggio alle ore 8, previe le solite pratiche di disinfezione vaginale e addominale, l'ammalata viene portata in sala d'operazioni e cloroformizzata in posizione ostetrica classica. Rimossa col cucchiaio la parte vegetante della massa neoplastica invadente il collo e il tratto di vagina accennato, il prof. Mangiagalli stacca col coltello galvanico la vagina dalla sua inserzione cervicale e, scollata la vescica, senza aprire la plica di Douglas nè la vescico-uterina, pratica, coll'ansa galvanica portata al calor rosso, l'amputazione sopra-vaginale del collo, isolando ed esportando anche il nocciolo di diffusione notato a sinistra, indi cauterizza la superficie di sezione col galvanocauterio e tampona la vagina con garza all'jodoformio. Ciò fatto, mentre l'operatore e gli assistenti ripetono la loro disinfezione, l'ammalata viene collocata in posizione orizzontale sul lettino delle laparotomie. Con un nuovo armamentario il prof. Mangiagalli procede alla sezione cesarea. L'incisione dell'utero cade in corrispondenza della inserzione placentare: staccata la placenta e rotte le membrane viene estratto il feto di sesso femminile, vivo, del peso di gr. 2200.

Fatto il secondamento, l'utero si contrae abbastanza bene e, mentre un assistente tiene sollevato il viscere e avvicinati i margini dell'incisione, il prof. Mangiagalli pratica la legatura frazionata degli annessi a destra ed a sinistra; incisa di poi la piega peritoneale anteriore e quella di Douglas, e incisa, previa legatura delle uterine, la base dei legamenti larghi, l'utero viene esportato con ambe le ovaie. La breccia vaginale è lasciata aperta: tolto il tampone, attraverso ad essa dalla incisione laparotomica viene introdotto un tubo a T di cui la sbarra trasversale è collocata nel *cavum pelvis sub-peritonale,* che si chiude in

alto suturando la breccia peritoneale con punti staccati di seta sottile. La sutura addominale venne praticata con seta a punti staccati.

La narcosi, che procedette regolarissima, durò complessivamente 90 minuti, col consumo di 30 cmc. di cloroformio.

Il decorso post-operatorio fu dei più felici: la temperatura non oltrepassò mai i 37.° 2 e il polso, sempre pieno e ritmico, non arrivò mai per frequenza a 100. Il giorno 10 si levò il tubo a T ed il 15, in 11.ª giornata, furono tolti i punti della sutura addominale con un coalito ottimo. Le urine, scarse nei primi due giorni (600-650 cmc.), si fecero poi regolari per quantità e furono sempre normali per componenti. Non si notò mai portata lattea. In 20.ª giornata, il 23-5-95 l'ammalata lasciò il Comparto in buone condizioni, portando con sè la sua bambina che per tutto questo tempo era stata allattata artificialmente nell'attiguo Ospizio Provinciale degli Esposti.

Il 20 Ottobre, cioè cinque mesi e mezzo dopo l'atto operativo, ho riveduto l'operata e la sua bambina affidata ad una nutrice. Entrambe hanno moltissimo acquistato nelle condizioni generali. La donna si loda grandemente del suo attuale benessere: non ha più avuto disturbi di sorta e attende alla sua professione ed alle faccende domestiche. La cicatrice addominale è perfetta e il ventre è indolente alla palpazione; persistono le ghiandole ingrossate, indolenti agli inguini. Alla esplorazione combinata si sente la cicatrice della vagina resistente e regolare. Nel quadrante inferiore sinistro si palpa un indurimento fisso, indolente, che sembra di natura cicatriziale. Nulla a destra.

Ho voluto riferire in modo circostanziato la parte di questa storia clinica che riguarda la cura, perchè parmi che nel caso speciale essa abbia la maggiore importanza, e perchè la quistione della terapia del carcinoma uterino in gravidanza interessa grandemente gli ostetrici che su di essa hanno a lungo discusso e discutono, senza poter stabilire una precisa linea di condotta, poichè i numerosi e gravi quesiti che si affacciano alla mente del clinico quando egli deve soccorrere una gravida affetta da cancro uterino, possono essere risolti solo di volta in volta, dopo l'attento esame di certe indicazioni speciali per ogni singolo caso. A ciò si aggiunga il fatto che i concetti generali a cui gli ostetrici dei vari tempi hanno informato la loro condotta, sono andati mano mano mutando coll'aumentare delle risorse operative e col progredire degli studi sulla eziologia dei tumori maligni. Quando il cancro era considerato una malattia assolutamente inguaribile, era logico che il clinico dovesse in questi casi limitare ai palliativi la cura

ginecologica e pensare invece esclusivamente a favorire il feto, cercando di aumentargli in ogni modo le scarse probabilità di esistenza. Ma dacchè i risultati ottenuti in questi ultimi anni hanno chiaramente dimostrato che il metrocarcinoma trattato a tempo e convenientemente può essere guarito, i criteri del clinico rispetto al trattamento del carcinoma uterino complicante la gravidanza sono radicalmente cambiati.

Trattandosi di una affezione di importanza indiscutibilmente vitale per la donna, l'attenzione del clinico, nei casi in cui un intervento radicale ci dà la speranza di guarigione definitiva o almeno di lunga durata, deve essere essenzialmente rivolta alla forma morbosa, considerando la gravidanza soltanto come una complicazione in quanto essa può influire sul metodo o sulla tecnica dell'intervento. Con tale linea di condotta la vita del feto viene ad essere completamente trascurata ed il clinico agisce essenzialmente da ginecologo a tutto vantaggio della madre. Ma allorchè il neoplasma è così esteso da controindicare un atto operativo radicale, si comprende come, essendo già inesorabilmente condannata la esistenza della madre, il clinico debba prendere in giusta considerazione la vita del feto, e delineare allora la sua condotta da un punto di vista prevalentemente ostetrico.

Messa la questione in tali termini nettamente distinti, di fronte ad una gravida affetta di carcinoma dell'utero, il primo problema che importa di risolvere è quello di stabilire se il tumore sia o non sia suscettibile di operazione radicale.

Quando l'epitelioma non è più suscettibile di operazione radicale, dovendosi aver di mira prevalentemente la salvezza del feto, l'intervento curativo dovrà essere vario a norma dell'età della gravidanza e della gravezza della neoformazione, istituendo durante la gravidanza una cura palliativa per rimuovere per quanto è possibile i dolori, le perdite sanguigne e saniose, e durante il parto mettendo in atto tutti quei rimedii terapeutici che valgono a togliere o girare gli ostacoli meccanici, e che dal semplice raschiamento delle masse vegetanti possono andare fino al taglio cesareo. Ma rispetto a tali cure e a tali interventi non intendo inoltrarmi in particolari dettagli, volendo occuparmi invece dell'altro lato della questione che ci siamo messa dinnanzi.

Quando il clinico riporta dal suo esame la convinzione che il caso è operabile, come abbiamo sopra affermato, esso deve considerare l'affe-

zione da un punto di vista essenzialmente ginecologico, mettendo in prima linea la vita della madre.

Una tale condotta è imposta da molte ragioni, e prima di tutto dal fatto, provato indubbiamente, che lo stato puerperale ha una influenza funesta sul decorso del carcinoma, accelerandone lo sviluppo, aggravandone i sintomi e rendendone più facili le metastasi. L'attesa sarebbe condannabile poi anche perchè esporrebbe la donna, oltrechè ai maggiori danni del neoplasma, ai pericoli non lievi di un travaglio in condizioni assai sfavorevoli alla scomparsa e alla dilatazione del collo. Dall'altra parte anche la vita del feto è molto incerta, non solo perchè minacciata durante il travaglio, ma anche perchè, come provano i dati statistici, la morte del feto e l'aborto sono un esito frequente della gravidanza complicata dal metrocarcinoma. Stabilito adunque che quando una chirurgia radicale è ancora possibile la si debba tosto istituire, bisogna decidere quale tra i molti interventi proposti si debba preferire.

Come nel trattamento dei tumori d'utero in genere, il loro volume è quello che entra in prima linea nel determinare le vie dell'intervento operativo, così nel carcinoma complicante la gravidanza, l'età di questa, per rispetto al volume dell'utero, è quella che fa dare la preferenza ad un intervento per via vaginale o per via addominale. Fino al 4.° mese il volume dell'utero permette ancora il suo passaggio attraverso la vagina e perciò il problema non ammette altra soluzione se non l'isterectomia vaginale. In tal caso l'utero gravido carcinomatoso, rispetto all'atto operativo può essere trattato come nelle comuni isterectomie, e l'operatore potrà, se il caso lo richieda, diminuire il volume dell'utero, dando esito all'acqua dell'amnios, ed eventualmente a tutto il contenuto uterino (1).

Il disparere tra gli operatori sorge quando si tratta di intervenire a gravidanza inoltrata. Alcuni propongono di provocare subito l'aborto

---

(1) A questo proposito è interessante il « Contributo alla casuistica del cancro della *portio* in utero gravido » che il dottor Giulio Cesare Puritano ha pubblicato recentemente nella *Rassegna d'Ostetricia e Ginecologia* (N. 1 e 2, 1896). In esso l'A. riferisce il caso operato dal prof. Chiarleoni nella Clinica di Palermo, in cui si trattava di un voluminoso epitelioma del collo complicante la gravidanza al quarto mese e mezzo. Per l'eccessiva tensione delle pareti addominali la gravidanza non si era potuta diagnosticare prima e fu rilevata solo quando l'operatore, che si era già accinto a praticare la colpoisterectomia, volle legare i legamenti larghi. Per il grosso volume dell'utero che impediva anche le trazioni in basso, l'isterectomia dovette essere finita per via addominale.

o il parto prematuro e di praticare poi la isterectomia vaginale in puerperio; altri consigliano varie modalità di isterectomia totale addominale o addomino-vaginale in uno o in due tempi. Il primo metodo non è certo il più spiccio e nemmeno il più sicuro: le condizioni del collo carcinomatoso sono sempre assai sfavorevoli ai maneggi della provocazione rapida dell'aborto, e disadatte alle modificazioni fisiologiche necessarie all'effettuarsi del parto prematuro, che assai spesso si ottiene molto lentamente anche con buone condizioni locali; durante il parto prematuro poi si possono verificare lacerazioni cervicali più o meno estese, tali da costituire un pericolo per sè stesse e come vie di propagazione del neoplasma; infine l'intervento utile per la madre, alla quale soltanto devono essere rivolte le nostre cure, è ritardato di almeno due settimane, mentre il neoplasma è, per lo stato puerperale, nelle condizioni più favorevoli al suo sviluppo ed alla sua diffusione.

Per tali considerazioni mi sembrano preferibili gli atti operativi che provvedono insieme allo svuotamento dell'utero ed alla sua pronta demolizione. Le varie modalità di operazioni che raggiungono tale scopo, sono riferite, come vennero finora eseguite dai clinici, da Theilhaber, nella memoria che ho precedentemente citata, e da Caruso nel lavoro « Sulle operazioni complementari del taglio cesareo, » ed alle statistiche di questi due autori io non posso aggiungere, oltre a quello che ho riferito, che il caso di Fehling, recentemente pubblicato (1), in cui si trattava di una VIIpara gravida al 7.° mese affetta da cancro del collo: il tumore invadeva il labbro posteriore, che si presentava bernoccoluto, facilmente sanguinante, della forma di un cavolfiore; la infiltrazione raggiungeva posteriormente il fornice vaginale e si estendeva alle commissure laterali; la mucosa del labbro anteriore era sospetta, quantunque macroscopicamente non si potesse con certezza dire ammalata. Tutta la cervice era mobile ed i parametri erano liberi. L'operazione, che fu praticata d'urgenza, nel solo interesse della madre, consistette in una amputazione utero-ovarica alla maniera del Porro, seguita, nella stessa seduta, dalla esportazione del moncone per via vaginale, ed ebbe un esito così felice che l'ammalata venne dimessa dalla Clinica in 18.ª giornata perfettamente guarita.

---

(1) Fehling. « Totalexstirpation einer an Collumkrebs erkrankten Gebärmutter in 7 Monat der Schwangerschaft. » *Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie,* Band. II, Novembre 1895, Heft 5.

In nessuno dei casi di taglio cesareo con esportazione totale dell'utero per metro-carcinoma che sono a mia conoscenza, è stato praticato fin qui il processo seguito dal prof. Mangiagalli, che io credo per molte considerazioni il più razionale. Ho detto che i progressi nello studio della eziologia del cancro hanno di molto modificato l'indirizzo terapeutico, ed è appunto sulla scelta di un intervento chirurgico radicale che le nuove teorie esercitano la loro maggiore influenza riformatrice. Difatti Zweifel, Fehling, Mackenrodt e altri hanno cercato che il loro manuale operatorio evitasse nel modo migliore qualunque contatto del neoplasma col peritoneo e cogli organi peritoneali, e ciò perchè, confermata dalla clinica, è oramai generalmente accolta la opinione di Winter che, oltre alla recidiva locale, alla linfatico-ghiandolare e a quella metastatica, si debba ammettere anche la recidiva da innesto dovuta al seminìo di elementi cancerosi nel tessuto sano durante la operazione.

Ciò ha reso sconsigliabile la isterectomia totale addominale, in cui non può evitarsi il passaggio attraverso la cavità peritoneale della porzione vaginale del collo carcinomatosa ed ulcerata, ed ha fatto nascere i vari metodi addomino-vaginali. Tra questi nessuno soddisfa così completamente come quello seguito dal prof. Mangiagalli alla indicazione di abolire in modo assoluto qualunque contatto, diretto o indiretto, delle parti cancerose colle sane. Difatti Fehling apre la piega peritoneale di Douglas quando, nel secondo tempo della sua operazione, si accinge ad esportare la parte ammalata, e, quantunque abbia già praticato il raschiamento e la cauterizzazione delle masse neoplastiche vegetanti, non può in alcun modo evitare che, se la porzione sopravaginale del collo è invasa dal tumore, questo venga a contatto colla sierosa peritoneale, e Mackenrodt, il cui metodo più si avvicina a quello che ho descritto, praticando la incisione della vagina nel secondo tempo, in modo cruento, e attraverso la breccia laparotomica non può efficacemente garantirsi contro la possibilità di un innesto intraperitoneale. Invece la tecnica escogitata dal prof. Mangiagalli fa una divisione netta dei due campi operatorii, vaginale extraperitoneale da un lato e peritoneale dall'altro: il tratto di collo residuante dalla amputazione galvanica, che deve poi passare col corpo uterino dalla breccia laparotomica, se anche invaso dal neoplasma, è affatto innocuo nel senso di un eventuale innesto, perchè la stessa escara che assicura l'emostasi

garantisce la difesa degli organi addominali. Fehling nel suo caso trova che il decorso regolare dell'operazione e del puerperio giustifica il suo metodo e lo raccomanda come relativamente non pericoloso, allorchè si debba intervenire quando l'età della gravidanza renda impossibile l'isterectomia vaginale: l'esito altrettanto felice del caso che ho descritto, il quale era indubbiamente meno favorevole di quello di Fehling ad una esportazione completa, perchè la vagina e il cellulare del parametrio erano già invasi dal cancro, raccomanda anche maggiormente il processo seguito in questa isterectomia totale vagino-addominale dal prof. Mangiagalli, che non è più difficile nè pericoloso dell'operazione praticata da Fehling, e che esclude ogni possibilità di innesto, permettendo anche di allargare fino ad un certo punto i limiti della operabilità del metro-carcinoma in gravidanza.

Io spero che, per quanto lo consente la rarità della forma patologica, altre osservazioni vengano a corroborare la mia e che la superiorità di questo processo venga così sancita anche dai risultati statistici (1).

Prima di por termine a queste poche righe sento il dovere di rendere le più vive grazie al prof. Mangiagalli, che mi offrì la opportunità di studiare e seguire il caso e mi diede l'incitamento a pubblicarlo.

---

(1) Da un lavoro recentissimo di Bechmann. « Zur Complication des Gravidität und Geburt mit Collumkrebs. » *Zeitschrift f. Geb. u. Gynaeh.*, XXIV Bd., 1 H., 1896, rilevo come la esportazione totale dell'utero gravido carcinomatoso entro i primi quattro mesi sia stata praticata per via vaginale 17 volte sempre con felice successo, per cui non havvi dubbio che tale debba essere il processo di elezione entro l'accennato periodo di gravidanza; dallo stesso lavoro invece risulta come l'esportazione totale dell'utero canceroso negli ultimi mesi della gravidanza sia stato praticato 12 volte con quattro esiti letali, vale a dire colla mortalità del 33 0[0.

Contributo all'etiologia, patogenesi e cura dell'osteomalacia puerperale

PEL

DOTT. CLEMENTE CALIMAN PAVIA

(Continuazione e fine, v. pag. 313).

CAPITOLO V.

Considerazioni e conclusione.

Ed ora passiamo a qualche considerazione sull'osteomalacica che io ho seguito durante tutto il tempo di sua degenza in Clinica e la cui storia ho riportato più sopra. Io porrò dapprima in rilievo tutti i momenti etiologici che mi parrà possano in qualche modo tenersi in calcolo per la patogenesi del morbo in parola, quindi considererò i risultati ottenuti negli esperimenti istituiti sull'orina dell'inferma, dando maggior importanza ai componenti di essa che secondo l'ultima teoria del Petrone, sono considerati come esclusivi alle orine osteomalaciche e quindi patognomonici, e cioè al propeptone e agli acidi nitrico e nitroso, non tralasciando di paragonare tali risultati con quelli ottenuti con analisi di orine di sani. Infine, basandomi sui fatti rilevati, nonchè sullo studio che io ho fatto su questa curiosa osteopatia, trarrò una conclusione sulla patogenesi e cura dell'osteomalacia.

Riandando la storia della nostra inferma, due cose ci colpiscono e fermano la nostra attenzione, vale a dire: la mestruazione e le gravidanze. In un diligente studio sull'osteomalacia, il dott Gallia ha voluto pure indagare in quale età siasi avuto in genere la prima mestruazione nelle donne che più tardi divennero osteomalaciche, e da tale ricerca gli risultò che l'età di gran lunga più frequente in 500 donne che avevano fatto ricorso alla Clinica di Torino per altra ragione che non fosse l'osteopatia di cui è questione, sta fra i 14 e i 18 anni, e che la media generale corrisponde ai 15 e 1/2; dei 23 casi di osteomalacia invece in cui gli fu possibile annotare nel quadro l'epoca della prima mestrua-

zione, gli risultò che l'età più frequente è dai 15 ai 19 anni e 10 mesi. Parrebbe quindi che nelle osteomalaciche si avesse un ritardo nella prima comparsa del mestruo. Senza stare pertanto a discutere quanto peso si possa dare a questo fatto, farò soltanto rilevare che anche nella mia inferma la prima mestruazione ritardò, avendosi avuto la comparsa di essa solo nel 17.° anno. Quel che però circa il catamenio è più importante tenere in considerazione, in rapporto all' originarsi della malattia nella nostra inferma, è che in essa le mestruazioni si ebbero sempre in modo regolare anche durante gli allattamenti, non solo, ma che la sua vita fu più volte minacciata da gravi metrorragie. Non si può perciò disconoscere quanta parte abbia avuto questo fatto sullo sviluppo dell'osteomalacia, almeno se non come momento determinante, come predisponente alla malattia. In una donna che mentre da una parte si nutriva male, dall'altra era sottoposta a tale perdita di sangue, si capisce che la nutrizione doveva molto deperire, e con essa menomarsi quella resistenza organica, che ci serve a combattere contro qualunque morbo che tenti attaccare il nostro organismo, di qualunque natura sia, infettivo o meno. Si è detto poi da tutti che, salvo qualche rara eccezione, la gravidanza è un momento predisponente all'osteomalacia non solo, ma che più frequentemente ammalano di tale morbo quelle donne che la loro vita quasi per intero passano tra gravidanza ed allattamento. E nella nostra inferma vediamo alternarsi gravidanze ed allattamenti per parecchi anni di seguito. Per tanto cause debilitanti corporali da un lato, quali la cattiva nutrizione, le metrorragie ed i prolungati allattamenti; dall'altro le numerose gravidanze, nella nostra inferma, sono stati i momenti etiologici principali della sua malattia.

Sul decorso del processo morboso in questo caso nulla abbiamo da notare di particolare: esso si è presentato a tipo continuo intermittente, talora anche remittente; non molto grave e a lento decorso.

La cura medica, non avendo voluto l' inferma sottoporsi a nessun atto operativo, è riuscita quasi inutile: tutto al più con essa si è ottenuto qualche miglioramento nello stato di nutrizione generale, nessuna diminuzione di dolori ossei. Anche la tentata cura col cloralio, indicata dal Petrone, fallì completamente. Comunque, vicino alla menopausa, l'inferma fra pochi anni, se non sarà guarita, si può sperare che le sue sofferenze andranno alquanto diminuendo.

E passiamo alle analisi dell' urina. Quanto alla quantità, data la

complessione dell' inferma, fu sempre normale e normale fu pure il colore ed il peso specifico; la reazione è stata sempre acida; mai si ebbe presenza, o talora soltanto traccie di albumina, mai assolutamente propeptone. L'urea era escreta in minore quantità del normale e si capisce: ciò succede in tutte le malattie croniche in cui venga a scadere la nutrizione. Niente di notevole nel resto quanto all'eliminazione dell'azoto, cloro, acido fosforico e calce. Per ciò che riguarda l'acido lattico, abbiamo visto che veramente nelle orine della nostra osteomalacica si è trovato, ma quale valore si debba dare ad esso ancora non si sa.

Quanto poi alla comparsa ed andamento dell' acido nitroso nelle orine, il dott. Jacoangeli, assistente del prof. Colasanti, che ha fatto parecchie analisi dell' urina della mia osteomalacica, è venuto ai seguenti risultati: l' acido nitroso non si ritrova mai nelle orine fresche sia normali che patologiche, mentre a distanza di qualche ora, sì nelle une che nelle altre, si ha la reazione dell'acido nitroso che in media è:

nell' orina fresca	nulla
dopo 12 ore	reazione debole
dopo 24 ore	sensibilissima
dopo 36 ore	quasi nulla o nulla.

Questo quando l'orina venga raccolta in recipienti comuni: che se invece si raccoglie in recipienti sterilizzati e colle regole bacteriologiche, allora la reazione si ha molto più lentamente e cioè:

dopo 2 giorni	leggiera reazione
dopo 3 giorni	reazione più marcata
dopo 4 giorni	marcatissima
dopo 5 giorni	sempre più marcata
dopo 8 giorni	sempre marcata
dopo 10 giorni	reazione persistente.

E l'orina in questi casi era sempre limpida, acida o neutra, talora debolissimamente alcalina, di odore di orina fresca. Quindi si ha che l'urina raccolta in recipienti sterilizzati dà la reazione dei nitriti assai lentamente: ciò si deve ai microrganismi che furono trovati nell'orina raccolta colle regole bacteriologiche (*fluorescens* e due altri) i quali riducono l' acido nitrico probabilmente con più lentezza che non gli

urofagi comuni venuti dall'esterno, che inoltre scompongono l'acido nitroso e gli altri componenti dell'orina pure assai rapidamente.

Ed ora vediamo quanto acido nitroso (1) sia stato trovato nell'orina dell'osteomalacica, di cui ho riportato la storia, a distanza di 24 ore dall'emissione:

DOSAMENTO QUANTITATIVO DELL'ACIDO NITROSO NELLE ORINE DELL'OSTEOMALACICA.

Data	Reazione	$N^2 O^3$ per litro	Data	Reazione	$N^2 O^3$ per litro
20 Gennaio . . .	acida	mgr. 1,20	27 Gennaio . . .	neutra	mgr. 0,50
21 » . . .	»	» 6,20	28 » . . .	»	» 8,30
22 » . . .	»	» 7,40	29 » . . .	acida	» 4,20
23 » . . .	neutra	» 2,25	30 » . . .	»	» 1,60
24 » . . .	»	» 1,80	31 » . . .	»	» 1,60
25 » . . .	»	» 3,60	1 Febbraio . . .	»	» 1,66
26 » . . .	acida	» 0,45	2 » . . .	»	» 2,00

Ma se nell'orina fresca non si trova acido nitroso nè normalmente nè patologicamente, si trova invece acido nitrico: esso poi si trasforma col tempo per certi bacteri in acido nitroso. Riporto pertanto i risultati avuti dal dott. Jacoangeli in esperimenti fatti su orine normali e urine della mia osteomalacica, usando il motodo di Schultze e Tiemann (2):

---

(1) Per il dosamento è stato adoperato il metodo di Griess coll'acido solfalinico e naftilammina. Per il dosamento approssimativo si guardò la colorazione che dava il reattivo sull'orina nel tubo d'assaggio allungata con acqua. Per il dosamento quantitativo si fece il saggio colorimetrico paragonando la colorazione in una serie di cilindri da 50 c. c. in cui si iniettevano delle goccie normali di orina in alcuni e delle goccie di nitrito di sodio in altri: secondo dice Frankland, una goccia di nitrito era uguale a mgr. 0,0005 di $N^2 O^3$ (trissido d'azoto); dopo 6-12 ore si paragonava la colorazione.

(2) Il metodo di Schultze e Tiemann per l'acido nitrico è fondato sulla determinazione dell'ossido di azoto che si ha per la riduzione dell'acido nitrico mediante il cloruro di ferro e l'acido cloridrico: 1 c. c. di NO a 0° e 760 mm. è uguale a mgr. 2,413 di $N^2 O^5$.

ACIDO NITRICO IN ORINA NORMALE FRESCA.

		Orina	NO	$N^2 O^5$ per litro d'orina
1.° Individuo .	1.ª esperienza . . .	c. c. 250	c. c. 0,1	mgr. 0,96
	2.ª esperienza . . .	» »	» 0,2	» 1,92
	3.ª esperienza . . .	» »	» 0,2	» 1,92
2.° Individuo .	1.ª esperienza . . .	c. c. 250	c. c. 0,9	mgr. 8,64
	2.ª esperienza . . .	» »	» 0,8	» 7,68
3.° Individuo .	1.ª esperienza . . .	c. c. 250	c. c. 0,6	mgr. 5,76
	2.ª esperienza . . .	» »	» 0,2	» 1,92
	3.ª esperienza . . .	» »	» 0,1	» 0,96

ACIDO NITRICO IN ORINA OSTEOMALACICA FRESCA.

Data	Orina	NO a 0° e 760	$N^2 O^5$ per litro d'orina
7 Gennaio . . .	c. c. 250	c. c. 0,7	mgr. 6,78
8 » . . .	» »	» 0,8	» 7,68
9 » . . .	» »	» 0,6	» 5,76
10 » . . .	» »	» 0,8	» 7,68
11 » . . .	» »	» 0,5	» 4,84
15 » . . .	» »	» 0,5	» 4,84
16 » . . .	» »	» 0,5	» 4,84
17 » . . .	» »	» 0,4	» 3,84
18 » . . .	» »	» 0,2	» 1,92
19 » . . .	» »	» 0,4	» 3,84

Pertanto, come si vede dalle tabelle qui riportate, i risultati avuti per l'acido nitrico nelle urine di individui sani sono variabilissimi secondo l'individuo e il giorno delle analisi: un individuo che un giorno

non ha che traccie di acido nitrico, il giorno seguente, causa l'alimentazione, ne ha in grande quantità. Invece nel caso di osteomalacia, se è vero che si è avuto sempre una cifra assai rilevante, d'altra parte una cifra alta si è avuta anche nelle orine normali: la differenza starebbe solo nella maggior costanza della presenza in gran quantità dell'acido nitrico nell'osteomalacia, cosa che non si ha nelle orine di sani. Pertanto, mentre da questo caso di osteomalacia si potrebbe concludere che veramente l'acido nitrico è escreto in maggior quantità e in modo costante nell'osteomalacia, invece in un altro caso di osteomalacia del quartiere del prof. Ferraresi all'Ospedale di S. Giovanni, di cui il dottor Jacoangeli ha esaminato le orine, l'acido nitrico fu trovato in quantità piccola, alle volte quasi nullo e ad andamento irregolare.

Per ciò si può dire che la comparsa di nitriti e nitrati nelle orine osteomalaciche non è costante e non può quindi essere criterio di diagnosi, e che la patogenesi dell'osteomalacia resta ancora, almeno finora, una questione da risolversi.

Quanto alla cura poi, a me pare che si debba sempre tentare prima la cura medica, e solo nel caso in cui questa riesca vana, si debba ricorrere alla castrazione, che, come sopra ho rilevato, ridonda veramente di grande vantaggio ai malati di osteomalacia.

BIBLIOGRAFIA.

Avanti il secolo XVIII.

1. Jo. Fernellii Ambiani. « De abdit rerum causis libri duo. » Ed. nova. Francofurti, 1693, lib. II, cap. 9 (osservaz. di Ruellio).
2. Fabricii Hildani. « Opera observationum et curationum med. chirurg. quae extant omnia. » Francofurti, 1646, cent. I, obs. 45.
3. Jacob Hollerius. « Opera omnia praet. De morb. int. » lib. I. « Singul aliquot observat. quae ad consilia curandi pertinent. Rara quaedam » 7 colon, Allobrog, 1623.
4. Abraham Bauda. « Microcosmus mirabilis s. homo in miserrimum compendium redactus. » Datum Sedani die XII, mens. Octobr., anni 1665. In: « Thomae Bartholini acta med. et philosoph. » Hof. T. III, obs. 24, 1764.
5. Saviard. « Nouveau recueil d'observat. chirurg. » Paris, 1702, obs. 62 (Insérée dans le *Journ. du savant*, au mois de Février 1691).
6. Pyrrhi Mariae Gabrielis. « Observat. de ossium mira mollitie. » In: « Epfemerid. med. pluss german. acad. Caesar Leopold, naturae curios. » Decas III, ann. II, obs. 3, 1695.

Secolo XVIII.

7. COURTIAL. Lettre à M. Touvry. « Hist. de l'acad. roy. des sciences. » Année 1700, Amsterd., 1706, p. 46.

8. DOMINICI GAGLIARDI. « Anatom. ossium. » Lugd Batav, 1723, obs. 3, p. 70-71.

9. SYLVANUS BEVAN. « An acconut of an extraord. case of the bones of a woman groxing soft and flexibles. » Read, 5 May 1743. « Philosoph. transactions » Vol 42, p. 488-490.

10. ANEL. « Observ. de la Marquise Bernarde d'Armagnac. Mercure galant. » Riferita da Duverney « Traité des maladies des os. » 1751.

11. DUVERNEY. « Traité des maladies des os. » Paris, 1851, II, 321 e seg.

12. MORAND. « Historie de la maladie singulière et de l'examen du cadavre d'une femme dévenue en peu de temps toute contrefaite par un ramollissement général des os. » Paris, 1752.

13. IDEM. « Hist. de l'académie royale des sciences. » 1753, p. 541 e lettre a Mr. Leroy « Sur l'histoire de la femme Supiot. » Paris, 1753.

14. IDEM. « Mém. de math. et phys. de l'année 1753 tirés des registres de l'acad. roy. des sciences. » Amsterd, 1762, p. 403 ff. avec deux planches.

15. J. PRINGLE. « A remarkable case of fragility flexibility and dissolution of the bones. » « Philos. transactions. » 1753, XLVIII, p. 297.

16. BAGLIVI. « Opera omnia. » Venezia, 1754, p. 136.

17. NAVIER. « Observation theor. et prat. sur l'amolissement des os et sur celui qui à caracterisé la maladie extraordinaire de la femme Supiot. » Parigi, 1755

18. C. G. LUDWIG. « Programma quo observat in sect. cadav. femin. cuius ossa emollita erant, proponit. » Lipsiae, d. XXII, m. April 1757. In : « Haller, disputat. ad morbor. hist. et curat., etc. » T. VI, Lausannae, 1758, p. 327 ff.

19. J. B. MORGAGNI. « De sedib. et caus. morb., etc. » Patavii, 1765, lib. IV. Epist. LVIII, 4-8 (osserv. di Valsada).

20. F. G. FRIIS. « Diss. inaug. med. sist. memorab. casum in virgine de emollit. ossium. » Argentorati, 1775. In : « Weix, neue Aüszüge a Dissert. f. Wündartze. » Bd. 10, Franfurt u. Leipzig, 1779, p. 157 ff.

21. M. SAILLANT. « S. la malad. singul. de la veuve Melin, dite la femme aux ongles. » Extrait d'un mem. In : « Hist. de la soc. roy. de med. » Année 1776, avec le mem., etc., Paris, 1779, p. 316 ff.

22. W. COOPER. « Brief an W. Hunter. » In : « Medic. observat. and inquiries. » Vol. V, Lond, 1776. Deutsch : « Medic. Bemerk. u. Untersuch. e Gesellschaft v. Aerzten » in London, Bd. VI, 20, p. 185 ff.

23. H. THOMSON. In : Med. observat and inquiries. » Vol. V, Lond. 1776. Deutsch : « Medic. Bemerck. u. Untersuch. e Gesellschaft v. Aerzten » in London, Bd. VI, 23, p. 216 ff.

24. I. C. PLANCK. « De osteosarcosi commentatio. » Tubing, 1782.

25. SAILLANT. « S. la maladie de Pouble, etc. » « Hist. de la soc. roy. de med. » Année 1786, Paris, 1790, p. 98 ff.

26. M. G. GOODWIN. « Observ. sur le rammollissement des os, etc. » Traduite du *Journ. de med. de Londres*, partie p. l'année 1787 par M. H. Gillon. In : *Journ. de med. chirurg. pharmac., etc.*, Avril 1787, T. 71, p. 455 ff.

27. ECKMANN. « Dissert. descript. et casus aliquot osteomalacie sistens. » Upsalae, 1788.

28. I. P. FRANCK. « Discours acad. di rhachit. acut. et adultor » d. XX, m. May 1788. In : « Ticinensi acad. recitat. » In : « Opusc. medic. argomenti, etc. » Lips, 1799, X, p. 184 ff. Vergl. F. C. Naegel. « Erfohrungen u. Abhandl, » p. 430-431.

29. I. WELCHMANN. « Case of a woman, who underwent the section of the symp. pub. » *The London medic. journ.*, vol. II, for the jear 1790, p. 46-56.

30. De FRÉMERY. « De mutationibus figurae pelvis praesertim iis quae ex ossium emollitione oriuntur. » 1793.

31. CONRADI. « Diss. de osteomalacia. » Gotting, 1796.

32. METZGER. « Diss. de osteomalacia. » Regiomont, 1797.

33. J. HULL. « A defence of the cesarean operation with observations, etc. » Manchester, 1798, p. 68, 172, 193, 214, 220. (Casi di Hull, Kay e Hamilton).

34. WOOD. In: « Appendix to the 5 Vol. of the memoirs of the medic. society of London. » Lond., 1799, p. 463-476. Vergl. « I Hull observations, etc. » p. 194-199, vol. VII,

35. J. HULL. « Observations on M. Simmons's detection, etc. » Manchester, 1799, p. 199-200. (Caso di Barlow).

36. IDEM. « Two memoirs on the Cesarean operation by Baudelocque Appendix » p. 133-235. (Casi di Hull, Dunlop, Barlow, Chew e Jhon Bell).

Prima metà del secolo XIX.

37. W. WOOD. In: *Bradley's med. et phys. journ.*, N. 32, Oct. 1801. DEUTSCHE in: *Hufeland, Schreger u. Harless. journ. de aüslaüd med. Litvatur.* » Bd. I, Berlin, 1802, p. 215-224.

38. MONTEGGIA. « Istituzioni chirurgiche. » Vol. II, 1802.

39. J. C. RENARD. « Ramollissement remarquable des os du tronc d'une femme. » Mayence, 1804.

40. WALLACH. « Nonnullae de osteomalac. eiusque origine, etc., questiones. » Dissert. Cassellis. 1806.

41. F. C. NAEGELE. « Erfahr. u. Abhandl. a d. Gebiete d. Kranhh, d. Weibl, Geschl, Mannheim. » 1812, p. 409 ff.

42. J. P. WEIDMANN. « De forcip. obstetricio, etc. Respons. revisa, etc. » Mogunkáci, 1813, p. 57-61.

43. STEIN d. J. « Neue Annalen d. Geburtsch. » I. Baudes, I. Stuck, Mannheim, 1813, p. 77-84.

44. FLEISCHEMANN. « Leichenöffmungen. » Erlangen, 1815, Nr. 88-89, a. u. b. u. 43-90.

45. WILSON. « Lectures on the struct. and diseases of the bones and joints. » London, 1820. In: « Beylard, du rachit., ect., » p. 204-205.

46. STEIN d. J. « Die Lehraust. d. Geburtsh zu Bonn. » I. Heft, Elberfeld, 1823, p. 80 ff.

47. GASPARI. « Walthers u. Graef's Journ. » Bd. VII, Hef. 2, III, p. 210, Berlin, 1825.

48. J. HOWSHIP. « Case of mollities ossium, etc. » « Transact. of the med. chirurg. society of Edinburg. » Vol. II, Edinb, 1826, p. 136-156.

49. BUSCH. « Geburtshülfl. Abhandl. » Marburg, 1826, p. 169 ff., 214 ff. « Vergl. Mende. Beob. u. Bemerck. a. d. Geburtsch, etc. » E. Zeitschr, Bd. XI, Taf. 4, 5 u 6.

50. WALDECK. « In ang. Abhandl. e. durch. Osteomal. verun. stalteten Beckens. » Landshut, 1832.

51. LOBSTEIN. « Traité d'anatomie pathologique. » Paris, 1833, 2, 115 e seg.

52. S. A. SZERLECKI. « Fraet. d. fraet. coll. oss. femoris, cui annexa est obs. rariss. de ossinm mollit. » Friburg, Brisigao, 1834.

53. H. PROESCH. « Comm. inaug. de Osteomal. adultor. » Heidelb, 1835.

54. PROESCH. « De osteomalacia adultorum. » Heidelberg, 1835.

55. I. WALLACH. « Nonnullae de Osteomalacia, eius orig. et in pelv. imprim. effect. quaestiones, etc. » Cassellis, 1836.

56. M. IULES GUERIN. « Caractères généraux du rakitisme. » Mémoire lue à l'académie des sciences, 1837.

57. A. ENDRES. « De cognit. Osteomal. adult. univers. » Dissert. inaug., Bonnae, 1838.

58. M. P. K. STANSKI. « Ramollissement des os en général et de celui de sieur Potiron en particulier. » 19 Dec. 1839.

59. J. P. HOBECKE. « Mém. et observat. prat. de chirurg. et d'obstétricie. » Bruxelles, 1840, p. 16-58.
60. I. STURM. « De osteomalacia adultorum. » Dissertatio, Herbipoli, 1841.
61. H. G. SPENGEL. Diss. inaug. med. sist. dilatat. pelvis ex Osteomal. coarctat. in parte bis. Observat., Heidelb, 1842.
62. SIMON. « Med. chimic. » Berlin, 1842, II, 506.
63. A. H. SWAGMANN. Diss. med. inaug. de osteomal. univers. femin. et de pelv. figur. mutat. quae ex ea orientur. Groning, 1843, p. 88 (osserv. di De la Faille).
64. A. L. de GRIENT-DREUX. Diss. anat. path. inaug. de scelet puellae Osteomal. emort. Groning, 1844.
65. SAMUEL SOLLY. « Remarks on the pathol. of mollitis ossium with cases. » « Med. chir. transact. » Vol. XXVII, p. 437-455.
66. ROKITANSCKY. « Patholog. Anatomic. » Wien, 1844, p. 195 e seguenti.
67. S. SOLLY. « Med. chirurg. transaction. » 1844, XXVII, 2.
68. PASQUALE LANDI. « Due casi di osteomalacia. » Montepulciano (Toscana) 1847.
69. SCHMIDT O. « Annal de Chirur. u. Pharm. » LXI, 329, 1847.
70. Th. SCHILDWAECHTER. « Ein exquisit Osteomal. Becken. Inaug. Abhandl. » Giessen, 1850.
71. TROUSSEAU et LASEGÜE. « Le rakitis, et l'Osteomalacie comparés. » *Union Médical*, 1850. Una serie di articoli.
72. LANNEMANN. *Fall von Kaiserschnitt*, 1850.

Seconda metà del secolo XIX.

73. W. MACINTYRE. « Case of mollitis and fragilitas ossium, etc. » *Med. chir. transact.*, vol. XXXIII, p. 211-232. — J. DALRYMPLE. « On the microscopical character of mollitis ossium. » *The Dublin quarterly journ. of med. science*, vol. II, p. 85-95.
74. BOUISSON. « De l'osteomalacie. » Thèse de Paris, 1851.
75. G. MUENCH. « Beitr. z. Lehre v. d. Osteomal. Frauenbecken. » Giessen, 1851.
76. C. O. WEBER. « Ossim mutat. Osteomal. univers. effect. » Diss. inaug., Bonnae, 1851, p. 19, VII.
77. STANSCHY. « Recherches s. malad. des os designées sous le nom d'Osteomal. » Paris, 1851. In: Beylard, l. c., p. 175-183.
78. SIMONIN, *Gax. des hôp.*, N. 46, 1852.
79. BEYLARD. « Du rachitisme, de la fragil. d. os de l'osteomalacie. » Paris, 1852.
80. MASON. *Lancet*, Lond, 17 Jan. 1852. In: BEYLARD, l. c., p. 83-84.
81. CHIARI. « Braun. u. Spaeth. Klinik. d. Geburtsch. u. Genicol. » Erlanger, 1852, p. 665 ff.
82. VIRCHOW. « Ueb. parenchymat. Eutzündung. » *Arckiv. f. pathol. Accat., etc*, Bd. IV, p. 307-311.
83. LANGE. « Milth. a. d. geburtsh. Praxis. Med. Jahrb. f. d. Herzogth. » Nassau, Heft 11, p. 497-500.
84 PAGENSTECHER. *Monatsschr. f. Geburtsch. u. Frauenkrankh*, Bd. IV, p. 1-10.
85. VIRCHOW. « Handb. d. spec. Pathol. u. Therap. » Erlangen, 1854, p. 321.
86. SWAAGMANN. *Nederl. tijdschr.*, Dec. 1854. *Caustatt's Jahr*, 1855.
87. ROKITANSKY. « Handbuch der pathol. Anat. »
88. FREY. *Monatss. f. Geburt.*, Berlin, vol. XX.
89. MAJER. « Pelv. cuiusd. rhachit. duarumque Osteomalac. a sorobir. duab. desumpt. descript. » Berl, 1855, p. 12 ff.
90. CHAMBERS *Med. Chirurg. transaction*, 1854, 37, 19.
91. JAMES Y. SIMPSON. « Obstetric. memoirs and contributions. » Vol. I, Edimb., 1865, p. 665 ff.
92. H. F. KILIAN. « D. Halisteret. Becken in S. Weichheit u. Dehubarkeit während d. Geburt. » Bonn, 1857.
93. L. GIORDANO. « Rachitismo proti (Osteomalacia). Vizio della pelvi eccessivo. Rottura utero-vaginale. »

Giornale dell'Accademia di Torino, fasc. XXII, 1857. Riferita in una Tesi di Laurea da Penchienati Giulio, 1858 e nel Rendiconto storico-statistico della Clinica Ostetrica di Torino, redatto dal prof. Tibone, 1859, p. 90. La stessa donna guarita fu fatta abortire nella medesima Clinica nel 1862. V. *Giornale dell'Associazione Medica degli Stati Sardi*, 23 Agosto 1862, e Rendiconto storico-statistico della Cl. Ostet. di Torino, redatto dal dott. Chiara, p. 53, 1862.

94. KILIAN. « Das halisterische Becken. » Bonn., 1857.

95. HYERNAU. *Presse med. belge*, 1857, 8.

96. E. v. SIEBOLD. *Monatsschrift für Geburtskund*, X, 1857.

97. G. BRAUN. *Wien Wochenschr.*, N. 27, 1857.

98. A. C. COLLINEAU. « De l'ostéomalacie en général et au point de vue tocologique en particulier. » Thèse Paris, 1859.

99. BRESLAU. *Deutsche Klinik.*, N. 36, 1859.

100. ROBERT. « De dilat. pelv. halister. » Diss. Bonn, 1859.

101. FIUKELNBURG. « Heber Osteomalacie mit. » *Irresein, Allgem. Ztschr. f. Psyoh.*, XVI o XVII, pagina 199, 1860.

102. BRESLAU. « Fall von Halisteresis des Beckens. » *Mon. Schr. f. Geburtsk*, XV, p. 373, Mai 1860.

103. DEMARQUAY. « Sur l'ostéomalacie. » *Union méd.*, N. 13, 1860 o 1861.

104. SOMMEILLER. « Observation d'Osteomalacie. » *Gazz. Med. de Hasbourg*, N. 8, 1860 o 1861.

105. C. FINKELNBURG. *Allgem. Zeitschrift fur Psychiatrie*, XVI, 199, 1860.

106. HECKER. *Klinisk. der Geburtsck*, I, III

107. SCHUETZENBERGER. *Gazz. di Strassbourg*, 1861, 8.

108. LITZMANN C. C. Th. (in Kiel). « Die Formen des Beckens, insbesondere des engeu weiblichen Beckens, nach eigenen Beobactungen und Unterscuhungen nebst einem Auhange ueber die Osteomalacie. » Berlin, 1861. Mit. lith.

109. FOERSTER A. « Ueber die. Osteomalacie für Krebskrauken. » *Würzburgo med. Zeitschrift*, Bd. XI, Heft 1, p. 1, 1861.

110. DROUINEAU. « De l'Osteomalacie. » Strasbourg, 1861.

111. MATIOSKI. « Osteomalacische Fracturen und Verbiegungen. » *Prager Viertelyahresschrift*, Jahrg XIX Bd. III.

112. BREISKY. « Ueber das vorkommen der Osteomalacie in Gummerbach. » *Prag. Viertelyahresschrift*, 11, 1861.

113. C. U. LITZMANN. « Die formen des Beckens weibl. » Berlin, 1861.

114. SOMMEILLER. *Gazz. di Strassb.*, N. 8, 1861.

115. COLLINEAU. *Union méd.*, N. 123, 1861.

116. W. CARMICHAEL M. INTOSH. « Mollitiis ossium in insenity. » Edinb., *Journ. Augusto*, 1862, p. 139.

117. PAGENSTECKER (in Elberfeld). « Ein Beitrag zur statistik des Kaiserschritts nebst Bemerkungen neber Osteomalacie. » *Mon. Schr. f. Geburtsk.*, XIX, p. 111, Jan.-Febr. 1862.

118. GUSSEROW. « Beitrag zur Lehre von Osteomalacie. » *Mon. Schr. f. Geburtsk.*, XX, p. 19.

119. BARNES. « Case of Osteomalacie. » *Med. Chir. Trans.*, vol. XLV, 1862.

120. BRESLAU. *Monatsschr. f. Geburtsck.*, 19, 116, 1862.

121. PAGENSTECKER. *Monatsschr. f. Geburtsck*, 19, 116, 1862.

122. LORY MARSH. « Keiserschnitt wegen Osteomalacischer Becken deformation. » Lancet 11, 20 Novembre 1863. Riferita nello *Schmidt's Jahr*, Bd. CXXI, p. 230.

123. L. WINKEL (in Gummerbach). « Fünfzehn Keiserschnitte und deren Ergebuisse für die. Praxis. » *Mon. Schr. f. Geb.*, XXII, p. 40 u. 241. Iuli u. Oct. 1893.

124. CASATI. Prospetti clinici della R. Scuola di Ostetricia in Milano, 1863-1867.

125. DIENER. *Monatsschr. f. Geburtsk.*, 21, 108, 1863.

126. WINCKEL, sen. *Monatsschr. f. Geburtsk.*, 22, 57, 1863.

127. KLEBERG. « Beruh. G. Tin. Fall. von primärer partieller Osteomalacie. » *Dorpart*, Gläser, 1864.

128. L. WINCKEL. « Chronische Osteomalacie mit vollständiger Wiederverknöcherung des erweichten Beckens. » *Monatsschr. f. Geb.*, XXIII, p. 321, Mai 1864.

129. STROMEYER. « Haubuch der Chirurgic. » Bd. 11, Heft 2. « Vorletzungen und chirurgische Kraukeiten am Helse und Verkrumnugen des Rumphs. »

130. A. E. DURHAM. « On certain anormal conditions of the bones. » *Gay's hospital reports*, vol. X, Sez. 111, p. 348, 1864. — *Schmidt's Iahr*, Bd. CXXVI, p. 204, 1865.

131. KUEHN. « Parallèle entre les différentes expèces d'Osteomalacie ou du ramollissement du tissu osseux. » *Gazz. hebdomad.*, N. 44, 1864.

132. E. RINDFLEISCH (in Zürich). « Die Aufläsung des Kuochengewebes in der Osteomalacie, nebst Bemerkungen neber das centrale Osteosarkom. » *Schweig. Ztuhz. f. Heilk.*, 111, 3 u 4, p. 310, 1864.

133. Prof. TARUFFI di Bologna. « Osservaz. anatom. di un caso di osteomalacia. » *Bull. delle scienze med.*, vol. XXI, 1864.

134. WINCKEL, jun. *Monatsschr. f. Geburtsk.*, 23, 81. 1864.

135. I. A. I. PIPPINGSHOELD. « Om Bäckenets mekanism och variabla former. » *Akademik Afhandling Helsingfors*, 1861, XLVI, u. S. 150, cap. 2. « Formvarietäten des rhachitischen und osteomalacischen Beckens un die Skolissen ab. » Riferito nello *Schmidt's Iakrbücher*, Bd. 126, p. 129, 1865.

136. R. VOLKMANN. « Hanbuch der allegmeinen u. specillen Chirurgie red. von Pith. u. Billroth. » Bd. 11, Ab. 2, hif. 1, cap. XXXVI, f. 342, Erlangen, 1865.

137. ORESTE BERTINI. « Alcune considerazioni sulla rachitide e la osteomalacia desunte da varii casi osservati nella scuola anatomo-patologica di Firenze. » *Lo Sperimentale*, fascicolo di Febbraio e Maggio 1865.

138. SCHIECK. « Ein fall von Gummi Beckens. » Inaug. Dissert., Leipzig, 1865.

139. SCHIEK. « Fall von Gummi Beckens. » *Monatsschr. f. Geb*, XXVII, 3, p. 178, März 1866. Caso notevole di osteomalacia indipendente dalla gravidanza.

140. MARESCH. « Ueber die in einigen Gegenden Böhmens unter dem Rind und Borstenvich herrschende Knochenweiche. » Oestr., 26, 5, 77. Riferito nel *Jahresbericht neber di Leistungen und Forthscritte des Gesammten Medicin.*, 1866, Bd. 1, S. 458.

141. MEYER. « Bemakungen neber Rachitis und Nahrungswerth der Kalksalze. » Aachen, 1866, 5, 8, 16.

142. ROLOFF. « Ueber Osteomalacie und Rachitis der Hausthiere. » *Virchow's. Arch.*, Bd. XXXVII, p. 433-504, Heft 4.

143. BERNE. « Rapport sur un cas d'ostéomalacie. » *Gazz. Méd. de Lyon*, 1866 o 1867.

144. OTTO WEBER. « Zur keutuiss der Osteomalac. insbyoudere der senilen und ueber das Vorkommen von Milchsäure in Osteomalacischen Kuochen. » *Arch. fur pathol. anat.*, Bd. XXXVIII, H. 1.

145. UPPERT H. « Kleine Mitheilungen physiol. chemixhen 11. Analyse cines Osteomalacischen Kuochens. » *Arch. der Hilk.*, Heft 4, 345-356.

146. MICHELANGELO ASSOU. « Sull'infralimento delle ossa e fratture che ne derivano. » *Atti dell'Ateneo Veneto*, serie II, vol. III.

147. D. TIBONE. « Rendiconto della Clinica ostetrica di Torino dal 1.° Gennaio a tutto Ottobre 1866. » Prolusione al corso 1866-67 del prof. Tibone. Torino 1867, 1 osser. a p. 12. Riferita pure nel Rendiconto del dott. Paventa.

148. F. PAVENTA. « Riassunto stor. stat. della Clinica ostetrica di Torino degli anni 1866-67. »

149. NERARD. « Observation d'un cas d'osteomalacie 1867. »

150. WEBER C. O. *Virch. Arch.*, 38 Bd., 1867.

151. SCHUTZENBERGER. *Gazz. med. di Strassbourg*, N. 10, 1867.

152. DRIVON. « Analyse des os dans un cas d'ostéomalacie. » *Gazz. Méd. de Lyon*. 1867, 28 Juilliet.

153. D. CHIARA. Comment. clinici del R. Istit. Ostetr. di Parma. » 1867, p. 3.

154. AD. TISSIER. « Ostéomalacie chez une femme enceinte de quatre mois et demi; quatre accou-

chements antérieurs à terme; avortement provoqué à l'aide du dilatateur intra-utérin du professeur Tarnier. » *Union Médicale*, 1868, T. VI, p. 131.

155. DEMARQUAY. « Nouveau dictionaire de médecine et de chirurgie pratiques. » Paris, T. IX, articolo: *Côtes*, p. 579. « Ostéomalacie sénile des côtes. » 1869.

156. Z. ROLOFF (in Halle). « Ueber Osteomalacie. » Aggiunta alla comunicazione già citata. *Virchow's Archiv.*, Bd. XLVI, XX, p. 305, 1869.

157. PIAHAUD (de Genève). « Observation d'ostéomalacie. » Société imp. de Chirurgie, 10 Nov. 1869.

158. MUELLER (Berlin). « Ausichten ueber dic. Kuochenbrüchigkeit. » *Schmidt's Jahr.*, 1869, vol. I, pagina 516.

159. MOERS und MUCK. *Dtsch. Arch. f. klin. Med.*, vol. 6, S. 485, 1869.

160. MOMMSEN. *Virch. Arch.*, 69 Bd.

161. OLSHAUSEN. *Berl. Klin. Wochenschr.*, N. 33, 1869.

162. G. CALDERINI. « L'osteomalacia. » Torino e Firenze, Loescher, 1870.

163 A. WILMART. « De l'ostéom. principalement au point de vue de son influence sur le bassin. » Bruxelles, 1871.

164. SENATOR. « L'osteomalacia. » « Manuale di Ziemmsen. »

165. CASATI. « Sull'osteomalacia osservata alla Maternità di Milano. » Milano, 1871.

166. VOLKMANN. « Handb. d. allg. und spec. » Chir. II, 1872.

167. GURTLER. « Seckv. Cesarea di Osteom. Becken. » *Archiv. f. Gepläch.*, 1873.

168. HEITZMANN. *Wiener Med. Presse*, 1873, N. 14.

169. BOULEY. « De l'ostéomalacie, chez les animaux et chez l'homme. » Thèse de Paris, 1874.

170. BOULEY et HANOT. *Arch. de phys.*, I, 1874.

171. COHNHEIM. « Allg. Pathol. » I.

172. O. LANGENDORFF. « Contributo allo studio dell'osteomalacia. » *Virchow. Arch.*, Gennaio 1877, N. 69.

173. H. FEHLING. « Ein fall von Osteom. Becken. » *Wurtemb.*, 1877.

174. BAUKS. « Ostéom. suite de grossesse. » *Brit. Méd. Jour.*, 30 Novembre 1878.

175. TARUFFI. « Osservaz. d'osteomal. con osteomi multipli. » *Annali univ. di Med.*, Milano, Maggio 1878.

176. KASSOWITZ. « Die normale ossification, etc. » II Theil, Wien, 1882-85.

177. POMMER. « Unters über Osteomalacie und Rachitis. » Leipzig, 1885.

178. REHN. « Gerhardt's Handb. d. Kinderkrankh. » IV e *Jahrb. f. Kinderheilk*, N. F. XII e XIX.

179. RIBBERT. *Virch. Arch.*, 80 Bd.

180. RINDFLEISCH. « Pathol. Gewebelehre und senile Osteomalacie. » *Arch. f. mikrosck.*, Annt. XVII.

181. ROELL. « Path. and. Ther. der Hausth. » II Aufl.

182. ROLOFF. *Virch. Arch.*, 37 Bd.

183. A. CANTIERI. « Un caso di osteomalacia. » Bologna, 1885.

184. HERMANN. « Zur frage d. infantilen Osteomalacie. » Beitr. 2 path. Anatom. v. Ziegler u. Nauwerch II, Iena, 1886.

185. HEGAR. « La castrazione delle donne. » Conferenze N. 143-44-45 della racolta di Volkmann. Trad, ital., 1881, p. 1485.

186. WINKEL. « Kliniscke Berbacktungen zur Dystockie durch Beckenenge. » 1882.

187. R. STAMPACCHIA. « Su di un caso di osteomalacia con peptonuria. » *Medicina contempor.*, Dic. 1886.

188. MARCHAND. *Berlin. Klin. Wochen.*, 19 Giugno 1886.

189. STRAHL. « Beiträge zu den Anzeigen der castration. » Inaugural dissertation, Basel, 1888.

190. HIRSCHBERG. « Zur Keuntniss der Osteomalacie. » Beitrag. 2, pathol. Anat. v. Ziegler VII, 1889.

191. STILLING und MERING. « Experim. Erzengung v. Osteomalacie. » *Centralbl. f. d. med. Wiss.*, 1889.

192. VIRCHOW. *Cellularphatologie e Virch. Arch.*, 4 Bd.

193. KOENIG. « Tratt. di chirurg. gener. » Parte III, p. 617, 1889.

194. MORISANI. « Operaz. cesar. in una donna osteom. » *Annali di Ostetr. e Ginec.*, Aprile 1889.

195. RAINERI. « Due casi di osteomalacia e un bacino osteom. con sinostosi sacroiliaca destra. » Torino osservato 1889, XL, 575-591.

196. GUÉNIOT. « Cas typique d'ostéom. ches une femme en travail d'accouchement. » 1889, Paris.

197. ALBERTO HOFFA. « Die Castration bei osteomalacic in Beitrage zur Geburshülfe u. Gynäcologic. » Stuttgart, 1889.

198. BAUMANN. « Ueber den Einfluss der Porro operation u. Castration auf des Wesen der osteomälacie. » Inaugural dissertation, Basel, 1889

199. STRUEMPELL. « Pathol. spec. med. e terap. » Vol. II, T. II, 1890, cap. V, p. 141.

200. BAUMANN. « Ueber den Einfluss der Porro operation und Castraction auf das Wesen der osteomalacie. » *Corresp. bl. f. Schweisser*, p. 629, 1.° Oct. 1890.

201. FEHLING. « Zur Frage der Theraphie bei Osteomalacic. » *Centr. f. Gynäk.*, 1 Febbraio 1890.

202. SCHAUTA. « Zur Actiologie der Osteomalacie. » *Allg. Vienn. Med. Zeit.*, 1890, XXXV, 355.

203. V. GALLIA. « Contributo all'etiologia dell'osteomalacia. » Negli studi di Ost. e Gin. Vol. dedicato dai proff. Inverardi, Calderini e Cuzzi al loro prof. D. Tibone, p. 354.

204. TRUZZI. « Della castrazione in casi di osteomalacia puerperale e non puerperale. » *Annali di Ost. e Gin.*, Milano, Novembre 1890.

205. ZWEIFEL. « Ein fall von Osteomalacie, modificiter Porro Kaiserschnitt, geheit. » In *Centralbl. fur Gynäk.*, N. 5, 1890, p. 73.

206. T. TRUZZI. « Ulteriore contributo allo studio dell' operazione Porro. » *Annali di Ost. e Gin.* dei proff. Porro e Mangiagalli, Maggio e Giugno 1890.

207. RAINERI G. « Due casi di osteomalacia. » *Annali di Ostetr. e Gin.*, Marzo-Aprile 1890.

208. Dott. MAXIMILIAN STERNBERG. « Sulla diagnosi e terapia dell'osteomalacia. » (Ueber diagnose und Therapie der Osteomalacic). Nello *Zeitschrift für Klinische Medicin* redatto da Leyden, Gerhardt e Notuagel. Brund. XII, 1893, p. 265.

209. KEHRER. « Sull'osteomalacia. » Conferenza tenuta alla Sezione di Ginecologia nel 62.° Congresso dei naturalisti e medici tedeschi in Eidelberga. Nella *Riforma medica* del 6 e 7 Febbraio 1890.

210. G. COSENTINO. « Operaz. di Porro per stenosi pelvica osteom. con esito in morte. » *Sicilia Med.*, Torino, Palermo, 1891, III, 546-557.

211. M. HOFMEIER. « Zur frage der Behandlung der Osteomalacic durch Kastraction. » *Cent. f. Gynec.*, 1891, N. 12, p. 225.

212. INVERARDI. « Art. osteom. encicl. » Vallardi, p. 650.

213. FEHLING. « Ueber Wesen und Behandlung der Pueperale Osteom. » Suppl. al *Centr. f. Gynec.*, Gennaio 1891.

214. TRUZZI. « Ancora sui risultati della moderna terapia chirurgica in casi di osteom. e sull'indole di tale affez. morbosa. » *Annali di Ost. e Ginec.*, Milano, Settembre 1891, XIII, 601-628.

215 STERNBERG-SIEGEL e BAMBERGER. « Cura dell'osteomal. col fosforo. » Discussione fatta alla Società I. R. di Vienna. Tornata 17 Aprile 1891. Nella *Riforma medica* del 9 Maggio 1891.

216. SCHAUTA. « Die Kastraction bei Osteomalacie. » *Viener Mediz. Wochenschrift*, N. 19, 1890 e negli *Ann. di Ost. e Ginec.* del Marzo 1891.

217. THORN. *Centralb. f. Ginak.*, 1891, p. 828.

218. M. PETRONE. « Il microrganismo della nitrificazione e l'osteomalacia. » *Riforma Medica*, Aprile, Maggio e Giugno, 1892.

219. LATZKO. « Comunicazioni sull'osteomalacia fatte alla Società I. e R. dei medici di Vienna nella tornata del 21 Aprile 1893. » *Riforma Medica* del 17 Maggio 1893.

220. BLEULER. « Sull'etiologia e terap. dell'osteomalacia non puerperale. » *(Münck. mod Woch*, N. 15, 1893). *Riforma Medica* del 4 Maggio 1893.

221. F. STRANSCHEID. « Osteomalacia maschile. » *(Deut. med. Woch.*, N. 48, 1893). Nella *Riforma Medica* del 18 Dicembre 1893.

222. F. La Torre. « Dell'etiologia e cura dell'osteomalacia da un nuovo punto di vista. » *Ann di Ost. e Ginec.*, Giugno 1893, N. 6.

223. R. Labusquiere. « Cura dell'osteomalacia. » *Annali di Ginec. ed Ostetr.*, francesi; *Gazz. hebdom. de Medic. et de Chir.*, 18 Febbraio 1893 e *Riforma Medica* del 6 Marzo 1893.

224. Stansheid. *Deut. Med. Woch.*, 1893, N. 48.

225. Neismarsz. *Wien. Klin. Woch.*, 1893, N. 51.

226. G. Zuccaro. « Appunti clinici sull'osteomalac. Contribuzione alla valutazione della teoria del Petrone. » *Puglia Medica*, N. 12, Dicembre 1893 e nell'*Arch. di Ostetr. e Ginec.*, Febbraio-Marzo 1894.

227. E. Truzzi. « Nuovi documenti per lo studio agli effetti della castrazione ovarica sul decorso dell'osteomalacia. » *Annali di Ostetr. e Ginec.*, Maggio 1894.

228. Trotta. « A proposito della teoria del Petrone sulla genesi e cura dell'osteomalacia. » *Arch. di Ostetr. e Ginec.*, Ottobre 1894 ed *Annali di Ostetr. e Ginec*, Marzo 1895.

229. L. M. Bossi. « Sulla castrazione nell'osteomalacia. » Comunicaz. fatte alla R. Accad. Med. di Genova nella seduta del 28 Gennaio 1895. *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 9 Marzo 1895, p. 315.

230. Dott. W. Latzko. « Fosforo-terapia nell' osteomalacia. » *Rassegna d' Ostet. e Ginec.*, diretta dal dott. Carlo Cocca, Napoli, anno IV, 15 Gennaio 1895.

231. Dott. L. Seeligmann. « Sull' osteomalacia. » *Berl. klin. Wochens. — Rassegna d'Ostetr. e Ginec.*, Napoli, 13 Gennaio 1895.

232. E. Truzzi. « La castrazione nell'osteomalacia. » Riassunto del dott. R. Mastrostefano nella *Rassegna di Ostetr. e Ginec.*, Napoli, 15 Febbraio 1895.

233. Dott. Siegfried Neumann. « Quantitative bestimmung des Calciums Magnesiums und der Jhosphosaüre im Harn und Koth bei osteomalacie. » *Arch. f. Gyn.*, vol. 47, fasc. 11, p. 202 e negli *Annali di Ostetr. e Gin.*, Gennaio 1895.

RASSEGNA

M. PICQUÉ e VILLAR. — **Mancanza della vagina. Vagina artificiale.** — *Semaine Médicale,* 6 Novembre 1895.

L'ammalata aveva 18 anni; si era divisa dal marito per l'impossibilità dei rapporti coniugali stante la mancanza della vagina. Essa non aveva mai avuto mestruazioni.

Fu fatta un'incisione trasversale da un labbro all'altro, si sdoppiò il setto retto vescicale fino ad una profondità di nove centimetri, e si ricoprì in parte la cavità così formata con due lembi di mucosa vulvare. Durante sei mesi si fece portare un apparecchio dilatatore. Come risultato remoto si ebbe un canale vaginale di 7 cm. di profondità. Vengono citate operazioni consimili eseguite da Segond, da Schwartz e da Tuffier. CIOJA.

Dott. H. SCHALL. — **Comunicazione sulla preparazione del siero anticanceroso.** — *Deut. Med. Wochenschrift,* 14 Novembre 1895.

L'A. comincia a stabilire il fatto che le ricerche di Emmerich, Tsuboi Most e Scholl, datano dal 1886, quando si riuscì ad ottenere un siero col quale si potevano immunizzare i conigli contro la più forte infezione carbonchiosa.

Per ottenere un siero più attivo, uniforme e a buon mercato si adoperarono poi le pecore invece dei conigli. E nel fare questo cambiamento si dovette studiare molto perchè le diverse razze e le diverse età delle pecore, nonchè i metodi di sterilizzazione diedero luogo a risultati molto varii prima di riuscire ad un risultato sicuro. E con questo siero pregaronsi i chirurghi facessero su più larga scala ciò che non era possibile ai preparatori del siero di fare: cioè un'analisi su un grande materiale dei casi in cui il siero era conveniente venisse adoperato e di quelli in cui invece non dava nessun risultato.

Molti chirurghi, clinici e medici si sobbarcarono al pesante incarico collo stabilire delle esperienze coscienziose e delle ricerche affatto subbiettive, altri invece si appigliarono al mezzo molto più comodo di ostacolare addirittura l'opera degli inventori senza fare esperimenti, e questo sia sui giornali, sia di sottomano.

Il principio della preparazione del siero anticanceroso è totalmente diverso da quello degli altri sieri.

Prima di tutto di questo siero si può cominciare a iniettarne delle quantità piuttosto rilevanti, in secondo luogo non si può aumentare di molto le dosi; oltre a ciò bisogna servirsi sempre di una coltura giovane che contenga i bacterii, e che sia in un periodo di intenso sviluppo. Invece di immunizzare gli animali si cerca piuttosto di produrre un *processo morboso cronico* che è spesso poi collegato con un processo suppurativo locale. Importa quindi che le colture abbiano *sempre la medesima virulenza* piuttosto che la *massima virulenza* possibile.

Le colture di erisipela provengono o da casi di eresipela o da casi di febbre puerperale. Bastano alcuni gradi di più di temperatura o una maggior alcalinità del brodo per far diminuire in un giorno la virulenza di tre o quattro volte. E la *costante virulenza* della coltura è assai importante perchè è l'unico punto di partenza per procedere poi a tempo debito al dissanguamento della pecora.

I cocchi dell'eresipela vengono portati in un brodo fatto di parti uguali di carne di manzo e di cavallo col 2 0[0 di peptone di Witte. Le colture vengono lasciate per 72 ore nell'incubatrice a 30-31° C. Se si spinge la temperatura, la virulenza diminuisce. Dopo di ciò si iniettano 15 ccm. di brodo in un coniglio di un chilo e mezzo di peso, nel cavo peritoneale. L'animale deve morire dopo 15 o 20 ore. Allora si esamina microscopicamente la milza di esso, poi si apre con istrumenti sterilizzati la cavità toracica e dal sangue del cuore si prende quel numero necessario di colture che saranno poi impiegate a innestare le pecore, e si mettono in recipienti di 300 ccm.; tenendone però anche in un bicchiere di brodo per proseguire di nuovo il trasporto a tempo debito sui conigli e continuare le colture. Se la coltura si dimostra di un'unità di virulenza, allora si fanno parecchi trasporti diretti di sangue del cuore in un po' di brodo raccolto in una capsula di platino che fu in precedenza arroventata, e si iniettano i conigli; se invece la coltura sembra troppo forte (il che è raro) allora il trasporto si fa per una volta direttamente sul brodo invece che sul coniglio. E in queste pratiche bisogna badar bene (specie in inverno) alla temperatura della coltura per non fallire nei risultati.

Gli autori si servono di pecore incrociate Merinos, di tre anni, del peso di circa diciotto chilogrammi.

Si incomincia con un'iniezione di 15 ccm. di coltura; l'iniezione è sottocutanea, fatta in varie parti del corpo, asetticamente. La temperature sale di un grado o due; dopo 24 ore si fa un'iniezione di 30 ccm. e quindi bisogna fermarsi per 6-8 settimane; se si aggiungono anche solo pochi cent. cubici, si perdono gli animali in gran quantità. Il sangue di ogni pecora viene tenuta per 36 ore a deporre nell'ambiente freddo (armadio a ghiaccio). L'animale viene visitato all'autopsia da veterinarii, indi si verifica con coltura del sangue del cuore se la pecora sia stata affetta solo da eresipela, e dopo di ciò se nulla osta in contrario, si ado-

pera il siero. La pecora viene dissanguata dalla carotide in dieci minuti fissando l'animale ad un piano inclinato, mobile, munito di quattro gambe, osservando le più rigorose regole dell'asepsi.

La sterilizzazione del siero è necessaria, perchè trattandosi non di una vera immunizzazione, ma di un *processo di malattia cronico* i coefficienti morbigeni trovansi ancora nel sangue. Per far questo si adoperano i filtri a freddo di Chamberland. Ogni candela o cilindro del filtro (vero Chamberland, perchè le imitazioni berlinesi non servono a nulla) non possono utilizzarsi che per tre ore. La sterilità del siero viene provata in tre recipienti di brodo che si tengono almeno otto giorni nel termostato. Se il siero anche in un solo recipiente non si mostra sterile, si filtra ancora tutto il siero e lo si prova di nuovo.

Per essere sicuri che durante i successivi passaggi del siero (nel chiuderlo nei recipienti propri) esso non sia stato contagiato, e per annullare l'azione di eventuali germi cadutivi, vi si aggiunge il 0,4 0[0 di Tricresolo, il che in 14 ore può rendere inermi eventuali cocchi dell'eresipela ancora contenuti nel siero.

Di ogni serie di recipienti di siero si conserva un piccolo esemplare che vien passato nel termostato e conservato per un certo tempo. Finchè l'esemplare suddetto sta nel termostato e se vi si sviluppa qualunque elemento sospetto, la detta serie non viene adoperata. I campioni suddetti vengono per sempre conservati.

CIOJA.

AHLFELD. — **Die Diagnose des einfach platten Beckens an der Lebenden** *(La diagnosi del bacino semplicemente piatto sulla vivente). — Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäk.*, B. XXXII, 3 H.

Sebbene sia stato Betschler il primo che abbia distinto il bacino piatto non rachitico dal bacino piatto rachitico, spetta a Michaelis il merito di aver esattamente definito il tipo di questa forma di bacino. Ciò egli ha potuto fare sulla base di ricerche necroscopiche e di misurazioni scheletriche, mentre le misure di questo bacino prese sulla donna vivente si scostano troppo poco da quelle del bacino regolare perchè possano fornire un appoggio alla diagnosi di esso. Senonchè, così Michaelis, come gli autori che vengono dopo di lui, ed anche i moderni, come Schroeder e Schauta, esagerarono non poco la frequenza del bacino semplicemente piatto. Schroeder infatti dice che esso è il più frequente di tutti i bacini viziati, e costituisce molto sovente una causa di distocia. La stessa cosa ripete lo Schauta, il quale in base a tutte le osservazioni raccolte fino al 1889, stabilisce per la diagnosi i dati seguenti: La caratteristica di questo bacino, dice egli, sta in un avvicinamento, esistente in tutti i punti, dalla parete posteriore alla anteriore, mentre appaiono normali i diametri trasversi ed obliqui o sono anzi maggiori che nel ba-

cino normale. È sopratutto ristretto lo stretto superiore nel senso antero-posteriore, il che è dovuto a ciò che il sacro si porta all'avanti senza rotare intorno al suo asse trasverso, a differenza del bacino rachitico, nel quale la metà superiore del sacro in causa di una rotazione intorno al suo asse trasverso è cacciata in avanti, e la metà inferiore allo indietro. Secondo Schauta, ciò proverebbe che la diagnosi può essere stabilita soltanto escludendo il rachitismo.

L'A. crede erroneo il criterio che ha sorretto la maggior parte degli ostetrici sulla diagnosi di questa specie di bacino nella vivente. Secondo essi, una volta constatato che il promontorio è avvicinato alla sinfisi, e che le misure esterne non sono gran che diverse da quelle del bacino normale, tutto sta a stabilire dalla anamnesi e dall'esame obbiettivo se v'è rachitismo o no. Anche se lo scheletro offre solo minime traccie di rachitismo si dichiara il bacino quale rachitico: se manca ogni indizio di questa malattia, lo si qualifica bacino semplicemente piatto.

Evidentemente questo criterio varrebbe soltanto se ogni bacino rachitico offrisse alterazioni così spiccate da essere sempre riconoscibili sulla vivente: mentre il Fritsch afferma che molto spesso le deformazioni rachitiche scompaiono completamente, e ricorda un bacino in cui la rotazione del sacro intorno al suo asse trasverso (segno di un bacino rachitico) mancava affatto, mentre il sacro stesso si mostrava per la sua struttura indubbiamente alterato per rachitismo.

A conferma di ciò, l'A. fa la descrizione e dà la figura di un bacino che apparteneva ad una donna che fu rachitica nell'età bambina, come provò l'analisi e l'esame di diverse ossa dello scheletro, mentre il bacino non mostrava alterazione alcuna che anche con esatte indagini potesse indicare il precesso rachitismo. — Trattasi di una donna in cui, dopo quattro parti di feti morti, un parto prematuro provocato ed uno colla craniotomia, l'A. si indusse, a termine di una nuova gravidanza, a praticare il taglio cesareo. Venuta a morte, si trovarono segni non dubbii di rachitismo al cranio ed agli arti inferiori. Il bacino secco invece offriva: sacro con concavità pressochè regolare, e con una rotazione così leggera che scavo e stretto inferiore erano mantenuti quasi normali: Sp. 22,5, Cr. 28,0, CD. 9,5, CV. 7,6: arcata pubica di normale ampiezza. Era tale insomma questo bacino che se si fosse dovuto classificare senza anamnesi e senza conoscenza del resto dello scheletro, lo si sarebbe certamente dichiarato bacino piatto non rachitico. — Possono dunque ad un bacino indubbiamente rachitico, all'infuori dell'accorciamento della C. V. mancare tutti i segni del rachitismo.

Pertanto l'esclusione del rachitismo è un dato insufficiente per la diagnosi di bacino semplicemente piatto sulla vivente. Se si pensa quindi che la maggior parte di queste diagnosi furono fatte per ricerche sulla vivente, si vedrà in che conto è da tenere la pretesa frequenza di questa specie di bacino, potendo l'appiattimento essere la conseguenza di un rachitismo spento, ignorato e non più riconoscibile nel bacino medesimo.

Su 2800 partorienti dal 1885 al 1893 l'A. ammise in 13 soltanto l'esistenza del bacino semplicemente piatto, mentre in un più grande numero di casi rimase in dubbio se trattavasi di questa specie di bacino, ovvero di bacino piatto rachitico.

TRIDONDANI.

Dott. VAHLE. — **Das bacteriologische Verhalten des Scheidensecrets Neugeborener** *(Le condizioni bacteriche della secrezione vaginale delle neonate).* — *Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gyn.,* XXXII, Bd. 3 H.

Mentre è stata oggetto di numerose indagini la secrezione vaginale delle adulte, in ispecie gravide e puerpere, pochissimi lavori si hanno intorno alla secrezione vaginale delle neonate. In una serie di copiose ed accurate ricerche essa fu studiata dall'A. specialmente dal lato bacteriologico: egli giunse con esse a risultati che sono un po' diversi da quelli avuti da Stroganoff che si occupò della cosa in 44 soggetti, risultati diversi riguardo al tempo della comparsa di microrganismi nel canale vaginale, riguardo alla causa che più facilmente ne determina la comparsa, e riguardo infine alla specie dei microrganismi stessi. Stroganoff considerò nel bagno il più importante fattore della penetrazione dei germi in vagina; disse che questi si trovano in vagina già 5 ore dopo il parto, e non ve ne trovò mai di quelli patogeni.

L'A. non s'accorda con Stroganoff nel riconoscere il bagno quale causa della penetrazione dei germi, e del resto ecco i più importanti risultati da lui avuti in seguito a diligenti ricerche eseguite sulla secrezione vaginale di 75 neonate.

Egli avrebbe trovato sterile la vagina delle neonate fino a 12 ore dopo il parto. Da questo momento fino al 3.° giorno ora si trovano microrganismi, ed ora non se ne trovano. Dopo tre giorni ve ne sono sempre: e, ciò che più di tutto è degno di nota, si è che abbastanza frequentemente vi si trovano microrganismi patogeni ed in ispecial modo streptococchi.

TRIDONDANI.

LAEBINGER (Clinica di Breslavia). — **Sull'idrocefalia del punto di vista ostetrico.** — *Deutsch. Med. Wochenscrhift,* 14 Novembre 1895.

La mortalità nei casi di idrocefalia è ancora molto elevata anche nelle statistiche più recenti perchè vi si dimostra una mortalità del 20 per cento, non contando quella dei bambini che sarebbe dell'ottanta per cento.

Nella clinica di Breslavia vennero operati in un anno otto casi di idrocefalia. Nessuna madre venne a morire.

L'autore calcola che in media però nella pratica comune si ha un idrocefalo sopra tremila parti.

Per rispetto alle presentazioni i feti idrocefalici si presentano molto più sovente per il podice che non per il vertice e precisamente in una proporzione cinque volte superiore a quella che si trova nei parti normali.

Il maggior sproposito che si possa fare in presenza di un caso di idrocefalia in travaglio è quello di fare il rivolgimento. Da ciò dipendono tutti i disgraziati accidenti che ne susseguono.

Nei casi lievi di idrocefalia la cura è quasi assolutamente aspettante e tutt'al più verso la fine del travaglio si può fare una cauta applicazione di forcipe. Nelle presentazioni di vertice:

1.° Se l'idrocefalia è di grado un po' superiore al precedente bisogna sorvegliare e regolare convenientemente le contrazioni, e quando l'orificio dell'utero è dilatato, eseguire la puntura della testa idrocefalica con un ago tubulare del diametro di due millimetri, attendendo poi il parto spontaneo.

2.° Se l'idrocefalia è di grado maggiore non conviene più pensare a salvare il bambino, ma conviene fare la perforazione della volta ed estrarre il feto col cranioclaste. L'A. consiglia di fare in questi casi una iniezione preventiva di ergotina.

Nelle presentazioni podaliche:

1.° Bisogna aspettare (appena ciò sia possibile) la dilatazione completa. Se l'idrocefalia è di grado elevato allora espulso il tronco si farà la perforazione. Se la diagnosi è dubbia oppure l'idrocefalia è di grado lieve, si potrà tentare l'estrazione della testa dopo che è stato espulso il tronco colle estremità.

Se a dilatazione completa dopo ragionevoli trazioni il feto non è estratto, certamente sarà morto; allora si farà la perforazione. Fare la puntura invece della perforazione in queste circostanze non sarebbe che un giuochetto, perchè non si riuscirà mai ugualmente ad avere in questo modo il feto vivo. CIOJA.

KEILMANN. — **Placenta duplex ancora aderente alla parete uterina.** — *Deutsch. Med. Wochenschrift,* 14 Novembre 1895.

Questo preparato proveniva da una donna morta in gravidanza. Una placenta era situata sulla parete anteriore, l'altra sulla parete posteriore dell'utero. Vi si notavano dei vasi di riunione che passavano da una placenta all'altra e questo tanto sul polo dell'uovo situato al fondo uterino quanto su quello situato in rapporto all'orificio uterino interno.

Le due placente sono di volume uguale, uno dei funicoli ha inserzione marginale sul margine di una placenta nel punto che trovasi più vicino all'altra placenta.

Che l'uovo non fosse in origine inserito contemporaneamente tanto sulla faccia anteriore che sulla faccia posteriore dell'utero lo si deduce dal fatto che nella formazione di una delle placente la serotina non ha preso parte. Piuttosto si potrebbe invocare in questo caso l'intervento della reflessa.

Il che viene confermato anche da due altri preparati: una placenta doppia del settimo mese di gravidanza, ed una placenta succentoriata, recente, di notevole volume. Il primo preparato presenta l'inserzione velamentosa del funicolo situato tra ambedue le placente.

Che la partecipazione della reflexa possa normalmente favorire lo sviluppo della placenta e che il trapiantamento della placenta reflexa primaria sulla decidua vera possa essere la condizione per lo sviluppo della placenta duratura secondaria, viene dimostrato da un altro preparato che presenta una parte della placenta ricoperta dalla decidua vera ed un'altra parte che consta solo della reflexa e degli elementi di origine fetale e che pare libera di fronte alla decidua vera.

Questa placenta era di un uovo abortivo, sacciforme, con tre angoli; esso uovo era di circa tre o quattro mesi. CIOJA.

Dott. JESSET. — **The treatment of myomata of the uterus complicating pregnancy** *(Cura dei miomi uterini complicanti la gravidanza). — The British Gynaecological Journal,* Novembre 1894.

L'A. ebbe a curare due donne che avevano fibromi uterini complicanti la gravidanza. In un caso si trattava di un mioma molle a rapido sviluppo e la gravidanza era arrivata al 2.° o 3.° mese. Si decise di non intervenire e si ebbe per risultato un aborto e quasi la perdita dell'ammalata per setticemia. Nel 2.° caso si trattava di un grosso mioma sottoperitoneale ed interstiziale, l'ammalata soffriva molto ma la gravidanza era dubbia. Anche in questo caso fu deciso di aspettare. Dopo tre settimane divenne prostrata per intensi dolori addominali, ebbe alcuni sintomi d'infezione settica ma non abortì. L'A. propose l'operazione immediata togliendo tutto l'utero. Questo che era coperto dal mioma, eccetto che alla parte posteriore, conteneva un feto a circa il 4.° mese. L'operata guarì.

Dopo aver passato in rivista i casi pubblicati da vari autori, arriva alle seguenti conclusioni:

1.° Nei casi di miomi sottoperitoneali che sono o peduncolati, o situati nel corpo uterino, se crescono rapidamente o sono voluminosi, il chirurgo è giustificato nell'aprire l'addome ed enucleare i tumori.

2.° In quei casi nei quali si trovano numerosi fibromi sottoperitoneali e interstiziali di considerevole volume e che vanno aumentando, utero e tumori devono essere esportati.

3.° Nei casi di fibromiomi interstiziali o sottomucosi complicanti la gravidanza, sembra che le statistiche mostrino che il rischio per la paziente è maggiore se si lascia avanzare la gravidanza che se si provoca l'aborto o si esporta l'utero.

4.° Nei casi nei quali il tumore è limitato alla cervice si può lasciar andare a termine la gravidanza, perchè il tumore se si presenta in vagina può al principio del parto essere o enucleato o tolto col *morcellement.*

DISCUSSIONE.

Dott. Routh. — È convinto che la gravidanza succede spesso nei casi di fibromi e che se questi tumori sono piccoli arriva felicemente a termine. Nei casi di fibromi extrauterini, a meno che non siano molto grossi, questo è specialmente vero. Nei casi nei quali i fibromi sono numerosi e non molto piccoli, la dilatazione dell'utero è impedita e allora succede l'aborto. Può esistere un fibroma specialmente nella parete posteriore e non essere scoperto sino al momento del parto, ne cita due casi. Rimarca poi il fatto osservato di frequente, che se durante la gravidanza questi tumori aumentano di volume, molto più di frequente dopo il parto scompaiono a volte molto rapidamente, anche in due o tre mesi, e nelle gravidanze successive non si riscontrano.

Dott. Heywood Smith. — Divide così i casi di fibromi complicanti la gravidanza:

1.° Quelli nei quali il tumore fibroso è molto preponderante e domina la gravidanza. In tali casi il feto è impedito di svilupparsi dalla resistenza dei tessuti che lo circondano.

2.° Quelli nei quali il fibroma sebbene grosso ed a volte multiplo, pure non ostacola l'utero nel suo sviluppo gravidico.

3.° Quelli nei quali i fibromi sebbene interstiziali non sono di tal volume e in tal posizione da impedire lo sviluppo naturale dell'utero e nei quali il parto avviene naturalmente o quasi. I casi della prima classe solo domandano un'intervento operativo.

Dott. Bantock. — Nei molti casi di gravidanza associata a fibromi da lui visti, non incontrò alcuno degli accidenti di solito attribuiti a tale malattia. La presenza di uno o più fibromi sembra aver poca o nessuna influenza nell'impedire la gravidanza, e l'esperienza gli mostrò che l'emorragia o la placenta previa non sono più frequenti in questi casi. Un fibroma sottoperitoneale peduncolato o intramurale sino a tanto che non ostruisce la pelvi non complica la gravidanza o il parto più di un tumore ovarico, e allora solo in proporzione del suo volume. Un tumore che trovasi nel segmento inferiore dell'utero, può impedire il parto, ma è da notarsi come la natura provvede anche in questi casi, ne cita alcuni. Uno o più fibromi, qualunque sia la loro situazione, anche se sottomucosi, sembra non esercitino alcuna influenza contro la gravidanza e per regola si deve lasciarli alla natura. La sola eccezione che fa è nel caso di un tumore molto grosso nel qual caso corre tutte le sorti di un tumore ovarico, con questa eccezione che più avanza la gravidanza più facile diventa l'operazione per la rimozione del tumore in causa dell'allungamento dei legamenti larghi. Non crede che le pazienti siano più facili all'aborto. Vi è una condizione nella quale questo può avvenire e questa s'incontra quando la cavità uterina è circondata da molti fibromi. In tali casi è meglio lasciar agire la natura.

Dott. R. T. Smith. — Come è vero il fatto notato dal dott. Jesset che i tumori fibrosi si sviluppano rapidamente in un utero, che affetto da essi diventa gravido, è pur vero che tali tumori dopo l'aborto spesso scompaiono con grande rapidità e completamente, ne cita un caso. Non accetta l'ottimismo del dott. Bantock. Il pericolo di un'emorragia intrattabile dovuta all'impianto della placenta in una porzione fibrosa che non può contrarsi, è reale. Parlando in generale si può dire che l'esito della gravidanza complicata da fibromi è veramente soddisfacente. La chirurgia moderna provvede nei casi sfavorevoli.

Dott. Godson. — I tumori fibrosi sottoperitoneali, se non son grossi, per regola disturbano poco la gravidanza. Durante il parto è spesso possibile spingere in alto un fibroma sottoperitoneale che occupa la pelvi e impedisce la discesa della testa fetale. Quando avviene la gravidanza in una donna che ha un fibroma nella pelvi che non può essere spinto in alto, non solo è giustificabile l'aborto per tempo, ma è la via da tenersi, e nei casi nei quali un grosso fibroma non situato nella pelvi, ma che occupa la cavità addominale e che trovasi nel posto richiesto dall'utero gravido per continuare a crescere dopo il 7.° mese di gravidanza, allora è indicato il parto prematuro.

Dott. Macnanghton Jones. — Lo stabilire se si deve provocare l'aborto al 3.° mese o fare l'isterectomia dipende dai dati di ogni singolo caso. Certo in alcuni si deve fare la miomectomia o l'amputazione sopra-vaginale piuttosto che continuare nell'aspettativa e sperare nella natura.

Dott. Wm. Armstrong. — La sua condotta è di lasciar andare a termine la paziente nei casi leggeri e nei più gravi consigliare un'atto operativo.

Dott. Purcell. — Descrive il metodo seguito dall'A. nell'operare il suo secondo caso.

Dott. Grimsdale. — Ritiene non si debba intervenire nel maggior numero dei casi. Alcuni saranno meglio trattati colla dilatazione rapida del collo e coll'estrazione del feto e della placenta in una seduta. Solamente pochi richiederanno l'isterectomia. Quanto alla miomectomia non la crede raccomandabile, perchè l'aborto frequentemente la segue da vicino rendendola così più pericolosa. Quanto all'aborto crede che quando l'utero sia vuotato rapidamente, il pericolo di setticemia sia schivato.

Dott. Napier. — Ritiene sia di prima importanza la situazione del fibroma, poi il suo volume, poi bisogna considerare l'influenza esercitata da tali tumori sulle pareti uterine. Tutti i fibromi sono in origine intramurali; se il tumore si fa sottoperitoneale ed è situato sopra l'utero gravido è di poca conseguenza. Se il tumore si è fatto sottomucoso ed avviene la gravidanza, di solito la lascia continuare sebbene possa essere probabile l'emorragia *post-partum*. I fibromi intramurali sono i più pericolosi; se piccoli vi sarà legger ostacolo, perchè la gravidanza avvenga e continui, e poco pericolo pel parto. Ma tali fibromi favoriscono la rottura dell'utero, perchè causano degenerazione delle pareti uterine. Fu detto che più in alto è situato il tumore e minore è il pericolo, egli non accetta questo come regola generale. Un fibroma cervicale non è frequente; se piccolo non impedirà il parto, se grosso abbastanza da opporsi alla dilatazione, sarà operato, l'enucleazione del fibroma e il terminare rapidamente il parto dà i migliori risultati. Diverso è quando un fibroma intramurale di volume considerevole è situato nel corpo dell'utero. Ritiene che la parete posteriore sia più di frequente di quanto si crede il luogo ove succede la rottura. Quanto alla cura non si può stabilire una regola generale. Il provocare

l'aborto o il parto prematuro non è sempre un processo sicuro. Mentre l'operazione Porro sembra la retta via nei casi di gravidanza così complicata da fibromi che il parto per vagina è impossibile, non si deve ritenerla come il solo mezzo di cura quando è avvenuta la rottura uterina. Se questa è situata al fondo o nel corpo è forse il meglio che si può fare, ma se il collo e la vagina sono lacerati, sarà meglio aprire l'addome e suturare la lacerazione (e legare le arterie ovariche) come fu recentemente mostrato da Merz. Se sarà molto difficile il suturare le pareti uterine si porrà un drenaggio. PIAZZA.

Prof. Dott. RODOLFO EMMERICH, Dott. MAX ZIMMERMAM. — **Sopra alcuni casi di cancro e di sarcomi curati col siero anticanceroso.** — *Deutsche Med. Wochenschrift,* 24 Ottobre 1895.

I casi clinici citati dal prof. Emmerich forniscono ulteriori prove dei benefici effetti prodotti dal siero dell'erisipola sul cancro e sul sarcoma. Questi casi erano inoperabili, e lasciati in preda al loro misero destino da medici e chirurghi, erano ammalati in cui, sia per le condizioni di nutrizione, sia per gli ostacoli meccanici alla nutrizione, sia per i dolori continui sofferti, e per le forze spossate del loro organismo incapace di lottare, la cura rappresentava un vero *tour de force* per la pazienza e l'energia del medico. In questi casi inviatici come « disperati » si riuscì a ottenere: la sosta nell'accrescimento del tumore, oppure la diminuzione o la completa scomparsa del medesimo, e si ottenne la scomparsa dei dolori che erano intermittenti o continui.

Le iniezioni di siero debbono essere fatte non seguendo uno schema generale di cura, ma studiando individualmente ogni ammalato. Le iniezioni si fanno a dosi crescenti (1[2, 2, 4, 6, 8, 10 ccm. di siero) nello stesso tumore, finchè si produce un'intensa reazione (arrossamento erisepelaceo, edema e febbre modica), dopo di che si cessa dalle iniezioni per ricominciarne, se occorre, dopo otto giorni una nuova.

Di fronte a casi inoperabili, disperati, anche il poter ottenere solo una sosta nello sviluppo del tumore e la cessazione dei dolori, rappresenta un risultato importante. Se i tumori non sono più voluminosi di un uovo d'oca si può osservare la scomparsa totale di esso dopo la cura col siero. Ne fu citato uno consimile che da otto mesi non presenta recidiva. Se dopo una cura lunga l'ammalato non è ancora guarito e presenta come una specie di immunizzazione al siero, allora bisogna sospendere la cura per tre settimane, o un mese o più mesi e ricominciare più tardi.

Nei casi gravi in cui il rapido diffondersi della neoplasia minaccia da vicino la deglutizione o il respiro, dopo una energica cura col siero viene praticato l'innesto di streptococchi dell'eresipela virulenta, e ciò perchè, secondo l'esperienza

fatta dagli autori, le iniezioni precedenti di siero sono capaci di rendere innocuo o per lo meno benigne e senza pericoli il decorso dell'eresipela.

I casi citati dal prof. Emmerich sono i seguenti:

1.° Un caso di carcinoma della mammella in una donna di 54 anni operata due volte. Dopo 44 giorni di cura viene dimessa colla scomparsa dei dolori e la riduzione dei tumori (mammario e ascellare) ad un terzo del volume primitivo.

Dopo due mesi e mezzo i tumori si mantenevano ancora ridotti, e non cagionarono più nessun dolore. Dopo un mese e mezzo (cioè complessivamente quattro mesi dalla cura) questi risultati erano identici. Massimo di temper. avutosi 38.6.

2.° Un caso di carcinoma della mammella, inoperabile. I dolori sono vivissimi, ma l'ammalata non si volle mai assoggettare a nessuna operazione. La cura ebbe per risultato la sosta dello sviluppo del tumore, la cessazione dei dolori, scomparsa dei nodi secondarii e diminuzione del tumore principale. Il peso dell' ammalata crebbe da 99 a 103 libbre.

3.° Carcinoma inoperabile della lingua in un medico dentista con infiltrazione secondaria delle ghiandole sotto mascellari.

Questo caso aveva uno sviluppo rapidissimo. Allora dopo le iniezioni di siero vennero fatti innesti *nella lingua* di culture pure di streptococchi virulenti della eresipela. La reazione dopo le iniezioni di siero fu limitatissima, quella che seguì l' innesto di colture pure fu nullo nei primi giorni, di modo che l' innesto fu ripetuto. Allora la febbre si manifestò a 30.3, si ebbe la comparsa dell'eresipela, e la lingua si gonfiò un poco. L'eresipela si estese in basso fino al collo. Venne inciso sotto al mento un ascesso. E dopo di ciò scomparse tutte le tumefazioni, l'ammalato partì guarito. Le iniezioni di siero anche in questo caso regolarono l' azione dell'eresipela che guarì l'infermo.

4.° Sarcoma fuso cellulare della coscia destra operato quattro volte. In questo caso si ebbe come risultato la scomparsa quasi completa dei tumori. Una delle iniezioni di siero ebbe luogo in un vaso sanguigno, seguì ad essa per qualche secondo, cianosi, dispnea, cardiopalmo indi l' ammalato si rimise.

5.° Sarcoma della guancia destra. Migliorato in un mese di cura.

Gli autori concludono dicendo che si potranno ottenere risultati ancora migliori proseguendo nelle ricerche fatte, e anche accoppiando la cura delle iniezioni di siero alla cura cruenta.

Essi osservarono che in un gran numero di carcinomi la cura aveva un effetto molto più rapido ed evidente se si iniettava un siero che conteneva dei cocchi dell'eresipela, che non nei casi in cui si adoperava un siero filtrato e liberato da cocchi viventi, e questo senza che comparissero complicazioni pericolose.

Dopo questa comunicazione comparve sulla *Münch. Med. Wochenschrift,* N. 36, un articolo di Czerny nel quale egli diceva che con culture sterilizzate di cocchi

dell'erisipela e C. prodigiosus aveva ottenuto la guarigione di un carcinoma della parotide, ma mercè fatti concominanti assai gravi.

Gli autori si meravigliano che Czerny sia ritornato al vecchio metodo di Coley e protestano contro l'accusa loro mossa da Czerny che il loro metodo come quello di Adamkievicz della cancroina non si possa controllare, e protestano contro l'accusa che il loro siero venga messo in giro non ben sterilizzato e non uniformemente preparato, mentre invece si seguono nel prepararlo e nell'applicarlo tutti i più scrupolosi precetti della batteriologia.

Lo Czerny allora in un successivo articolo ribattè che per quanto gli consta di sua esperienza il metodo delle toxine di Coley o per causa delle toxine o malgrado le toxine stesse è più attivo e proficuo del metodo di Emmerich e che qualora quest'ultimo si mostrasse migliore del primo, non esiterebbe a praticarlo.

CIOJA.

Dott. GUNSBOURG. — **Della stricnina come mezzo profilattico contro l'inerzia uterina.** — *Semaine Médicale,* 25 Sett. 1895.

Un medico russo, il dott. Gunsbourg di Kharkow, ha adoperato con vantaggio la stricnina a tale scopo in una donna che si trovava negli ultimi quattro mesi della gravidanza. Questa donna era molto grassa, e nei parti precedenti aveva sempre presentato dei fenomeni d'inerzia uterina.

La formula adoperata fu la seguente:

Nitrato di stricnina	0 gr., 125 milligr.
Acqua distillata	40 grammi.

F. S. A. Cinque o sei goccie al giorno. CIOJA.

Dott. PH. JAISOLM. — **Delle iniezioni intro-uretrali alcaline nella cura della blenorragia.** — *Semaine Médicale,* 25 Sett. 1895.

Il dott. Jaisolm, medico dell'Ospedale Garfceld di Washington, avendo notato il fatto che i gonococchi sviluppano bene in un mezzo acido e non si moltiplicano in un mezzo alcalino, l'applicò alla cura della blenorragia. Infatti osservò che le sostanze alcaline unite agli antisettici e specialmente al sublimato, sono efficaci nel trattamento locale della blenorragia. Egli praticò tre volte al giorno delle incisioni uretrali con una soluzione contenente l'1 per 1000 di sublimato e il 6 per 100 di liquido potassico. Questo liquido potassico è una soluzione acquosa contenente il 5.84 per cento di potassa. Oltre a ciò somministra internamente il bicarbonato di soda con del citrato di potassa. — Con questo mezzo ha ottenuto delle rapide guarigioni.

CIOJA.

Dott. E. RIDGWAY. — **Sulla cura dei dolori vulvari consecutivi al parto.** — *Semaine Médicale,* Settembre 1895.

Il dott. Ridgway di Filadelfia ha trovato che si possono facilmente calmare questi dolori applicando davanti alla vulva delle compresse calde. Adopera delle compresse sterilizzate larghe 6 cent. e lunghe 9 cent., bagnate in acqua bollita e ancora molto calda, contenente 50 o 60 grammi di estratto fluido di Hammamelis virginica ogni litro d'acqua. La compressa dev'essere spremuta e ricoperta con una stoffa impermeabile. Queste compresse debbono essere rinnovate di frequente, nello prime tre ore dopo il parto, indi ad intervalli più lunghi.

CIOJA.

RICHET et HERICOURT. — **Della sieroterapia nella cura del cancro.** — *Semaine Médicale,* 23 Ottobre 1895.

Dopo la prima comunicazione *(Sem. Méd.,* 1895) abbiamo studiato insieme a molti altri colleghi l'azione del siero anticanceroso sopra un grande numero di ammalati.

Prima di tutto abbiamo notato una grande eliminazione del dolore, che è un fenomeno così penoso e frequente nei cancerosi. In secondo luogo le ulcerazioni cancerose si detergono, prendono l'apparenza di una piaga granulante, e la cicatrizzazione si può fare sopra un'estensione abbastanza notevole. Oltre a ciò il tumore ed i ganglii linfatici vicini diminuiscono di volume. In qualche caso tutto il ciclo della malattia resta ritardato e lo stato generale migliora. Nei 4 quinti dei casi di cancro non si può negare un miglioramento reale; disgraziatamente gli effetti del siero non si spingono fino alla guarigione. Infatti circa due mesi dopo la cura, le condizioni generali si fanno stazionarie e poi ricadono nello stato primitivo, compaiono nuovi focolai cancerosi e la malattia ha il suo esito fatale.

È difficile dire se il siero sia o no specifico. Tuttavia due casi osservati ci portano a credere che esso sia specifico; il siero degli animali immunizzati è molto più attivo che quello proveniente dagli animali sani.

Concludendo, si può dire che col trattamento sieroterapico non si possono ancora guarire radicalmente i tumori, si curano meglio che non con qualunque altro metodo fin'ora conosciuto, ed è il caso di domandare se combinando questo metodo con quello delle operazioni cruente, non si otterranno risultati ancora migliori.

CIOJA.

PROCHOWNICK (Hamburg). — **Le iniezioni di morfina nella cura della gravidanza extrauterina.** — *Deutsche Med. Woch.*, 30 Ottobre 1895.

In 4 casi ha iniettato direttamente dalla vagina gr. 0,03-0,04 di morfina nel sacco gravidico ancora integro, senza aspirazione. Una di queste donne si trovava ad aver oltrepassato la 12.ª settimana della gravidanza, era febbricitante ad affetta da blenorragia. Si ebbe un ascesso che si svuotò dal retto, e poi la guarigione. Le altre tre guarirono in poche settimane senza accidenti; solo in una si ebbe un piccolo ematocele.

In un quinto caso l'iniezione fu fatta attraverso alla parete addominale, e malgrado tutte le cautele si punse e si attraversò un'ansa intestinale che era aderente al sacco, il quale fu per tal modo infettato. Dopo due giorni si ebbe la sepsis indi fu fatta la laparotomia seguita da guarigione. Prochownick è del parere di Winckel che nei primi mesi della gravidanza (dopo una diagnosi precisa, e dopo essersi accertato che non vi è aborto tubarico avanzato,) sia meglio fare un'iniezione di morfina nel sacco che non operare subito. Solamente bisogna astenersi dal fare delle aspirazioni, e bisogna astenersi dal fare più di un'iniezione. Anche Freund è del parere che non bisogna lasciar oltrepassare la 12.ª settimana di gravidanza sia per rispetto alla difficoltà del riassorbimento, come per la possibilità di una lesione della placenta. Se è già in corso l'aborto o se l'uovo non è intatto, l'iniezione di morfina non può più avere nessuna influenza. Prochownick respinge il metodo di praticare l'iniezione di morfina attraverso la pareti addominali e preferisce l'iniezione attraverso alla vagina, perchè meno pericolosa. Questo metodo è controindicato se vi è una perimetrite acuta o una blennoragia cronica. Sopra 90 casi di gravidanza extrauterina raccolti in 18 anni, trovò solamente sei volte l'indicazione per applicare il metodo di Winckel. Il prof. Werth riconosce che quantunque si abbiano avute delle membrane deciduali espulse, l'uovo può essere ancora vivo; e non è facile il distinguere se l'uovo sia vivo o morto. Il prof. Fehling è contrario alle iniezioni di morfina. Il dott. Gottschalk cita un caso di gravidanza extrauterina nel quale dopo la morte dell'uovo, si ebbe per molti anni una grave suppurazione che si aprì la via nella vescica, e sopra la quale si sviluppò un processo di tubercolosi. Anche il prof. Leopold non è partigiano della puntura di morfina.

CIOJA.

BIBLIOGRAFIA

O. SCHAEFFER (Docente di ostetricia e ginecologia dell'Università di Heidelberg). — **Atlanti e Manuali di Medicina.** — Raccolta Lehmann.

Ostetricia.

Contiene la Fisiologia e la Patologia della gravidanza del parto e del puerperio ed un sunto chiaro e breve di tutte le operazioni ostetriche.

In principio del volume è esposta l'anatomia dei genitali e del bacino. Descrivendo ogni singolo organo vengono fatti accenni alla relativa patologia, di modo che di mano in mano che si procede nella lettura del libro (aggiungendovisi anche molti dati clinici), si fissano nella nostra mente i più importanti dati di anatomia e di patologia congiunti coll'attraente legame della funzione dei singoli organi. La parte patologica ed anatomica è arricchita da molte tavole di preparazioni microscopiche. Le figure sono quasi tutte originali; molte di queste riguardano anche l'ostetricia medico-legale; in seguito troviamo un capitolo-ricettario, l'elenco dell'armamentario ostetrico, e un capitolo sull'antisepsi. Quindi anche questo volume come quello risguardante la ginecologia, si può chiamare un Manuale di ostetricia riccamente illustrato piuttosto che un Atlante di ostetricia.

Ginecologia.

Questo bellissimo volume edito a Monaco dal Lehmann è destinato agli studenti ed ai medici pratici. Con questo Atlante (che per il ricchissimo testo contenuto si potrebbe chiamare piuttosto un Manuale illustrato), le cognizioni acquistate nella clinica possono venire dagli studiosi completate e fissate in modo chiaro e breve. Non si tratta solamente di figure schematiche, o di figure complessive di una lesione ginecològica, si tratta di una accurata raccolta anche di figure di preparati microscopici che illustrano chiaramente i punti più importanti della patologia dei genitali femminili; vi si trovano quindi riprodotti dal vero preparati anatomici e preparati microscopici. Il materiale è quasi tutto originale tanto per la parte anatomica quanto per la parte clinica; questo materiale che rende il libro del Schaeffer tanto attraente, è stato preso dalle cliniche dei prof. Winckel e Kehrer, Il testo dell'atlante si distingue in due parti: una parte che segue il lato puramente pratico della specialità ed è quella che forma il corpo del libro, una seconda parte di indole puramente teorica (anatomia, microscopia, chimica, ecc.) e questa è stampata sulle tavole di fianco alle figure.

Il materiale è ordinato dall'autore secondo il concetto eziologico. Le diagnosi differenziali sono esposte con una concisione ed una chiarezza ammirabile, e dimostrano il possesso profondo della materia trattata; in questa parte appunto troviamo delle comodissime tabelle riassuntive di cui gli studenti dovrebbero far tesoro.

In fine del libro si trova un ricco riassunto di farmacologia ginecologica dove sono indicati i rimedii più in uso in ginecologia, le loro dosi, ed il modo di adoperarli. L'edizione è delle più eleganti e comode. Sopra 225 pagine il libro contiene 173 figure colorate, e 54 altre illustrazioni. CIOJA.

H. HEISENHART (München). — **Sui rapporti che passano tra le malattie interne e le malattie ginecologiche.** — Editore Ferd. Tuke.

Questi studii furono fatti sotto la direzione del prof. Ziemssen e del prof. Winckel, nelle cui Cliniche l'Heisenhart fu per parecchi anni assistente. Egli prese per guida il notissimo libro pubblicato dal Müller sullo stesso argomento nel 1888, e con materiale proprio, originale, illustra i capitoli più importanti di varii rami della patologia messi in rapporto colle malattie ginecologiche più comuni.

L'introduzione di questo lavoro consta di un capitolo sul sistema nervoso cerebro-spinale e sul simpatico, al quale seguono le malattie funzionali del cervello (e quivi è largamente trattata la teoria della castrazione, insieme alla corea minore, ed è discussa l'influenza sulle nevropsicosi degli organi sessuali), le malattie della sostanza cerebrale, le malattie del midollo spinale, le nevrosi trofiche e vasomotorie, e le malattie dei nervi periferici. Seguono poi le malattie del naso, dell'occhio e dell'orecchio insieme alle malattie infettive generali, indi sono passati in rivista i singoli sistemi: respiratorio, circolatorio, digerente, urinario, osseo, le malattie del sangue e del ricambio materiale, con un capitolo anche per le malattie della pelle, e per gli avvelenamenti (fosforo, alcool, morfina, piombo). Nella parte che riguarda il sistema nervoso sono ripetutamente citati il prof. Romiti ed il prof. Marchionneschi. Nel capitolo della castrazione per isteroepilessia è citato il caso del prof. Chiarleoni (pubblicato nel 1888 nella *Gazzetta degli Ospitali*) di *simulata castrazione* seguita da guarigione. Nella parte che riguarda le malattie del cuore in rapporto cogli organi genitali troviamo accennati due importanti casi del Negri, di *tachicardia* dopo l'asportazione degli annessi per piosalpinge e degenerazione cistica dell'ovaio; si era notato in questo caso un polso a 148 pulsazioni al minuto con benessere relativo e guarigione successiva. In questo caso la tachicardia non era dovuta all'uso degli antisettici come era stato supposto in un altro caso del prof. Mangiagalli pure citato, perchè il Negri non aveva adoperato che acqua sterilizzata. CIOJA.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XVIII. Giugno 1896. Num. 6.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO
diretto dal Prof. L. Mangiagalli

ROYAL INSTITUTE OF ENGLAND LIBRARY 19 JUL 96

Dott. CARLO DECIO

Del parto forzato e del taglio cesareo in gravida agonizzante

purchè il feto sia vivo e vitabile

STUDIO STORICO-CRITICO

(Continuazione, vedi pag. 336).

E non guari andò, che per tale motivo, il metodo fu fatto segno ad una significantissima modificazione per opera del prof. Carlo Esterle (come ho già accennato nel rapido sguardo storico), il quale volle che l'ostetrico invece di rimanere spettatore inerte della estinzione più o meno lenta della vita materna, attendendo il momento di agire dopo avvenuta la morte, volle dico, per la salvezza del feto « sciogliere com- » piutamente i legami che rendono dipendenti la sua esistenza da » quella della madre, prima che di questa cessi la vita » (1). Ed esaminando diligentemente le indicazioni e le controindicazioni del metodo che proponeva, nonchè analizzando le probabili obbiezioni che ad esso potevano opporsi, finiva la propria memoria coll'offrire 4 bambini sopra 6, salvati colla pratica modificata.

(1) S'intende che la modificazione dell'ostetrico di Novara era solo applicabile in quei casi nei quali il chirurgo fosse chiamato durante l'agonia della gravida, nel caso contrario egli si dimostrava fautore del metodo del Rizzoli, come quello che parevagli « altamente commendevole in determinate condizioni, che di frequente potranno verificarsi. » Loco citato.

Il Corradi, ha pure riunite in una tavola le osservazioni dei parti artificialmente ottenuti per le vie naturali da donne moribonde, appunto a partire dalla prima dell'Esterle, fino ad arrivare all'anno 1870, e potè in tal guisa raccogliere 14 casi dai quali emergono i seguenti risultati (1): non tenendo calcolo di un bambino ch' era già morto da parecchio tempo (appartiene l' osservazione al Belluzzi), gli altri tredici furono estratti vivi, ma 7 sopravvissero poche ore, uno un mese, uno tre mesi, due si fecero grandicelli, e due infine non furono seguiti. Notisi poi che tutte le estratte creature erano negli ultimi tre mesi di vita intrauterina.

Delle madri, una sola, cioè quella operata dal Tallinucci, scampava e soccombeva tre anni dipoi per idrope dell'ovaia, onde venne per ben tre volte operata di paracentesi addominale. E, come osserva il diligente storiografo, non è a meravigliare se le altre soggiacquero, tenendo calcolo delle malattie da cui erano affette, ed anzi « non ne venne in » conseguenza del parto tale aggravamento da credere che quello abbia » affrettata la morte, » desumendo ciò dal non essere alcuna trapassata nell'atto stesso della operazione, ma sibbene vissute da tre ore fino a tre mesi, ed avendo presentato talora, per quanto fugace un lievissimo miglioramento.

A questi 14 casi, ragione vuole che io aggiunga quegli altri 4, che lo stesso Corradi classifica fra i parti artificialmente ottenuti da gravide supposte morte (vedi Tav. *B*), come quelli nei quali l' agonia doveva essere più che avanzata, dal momento che gli operatori credettero di intervenire sopra donna defunta (2). Sono queste le osservazioni di Golinelli (1843) (3), di Rivani (1850) (4), di Tallinucci (1857) (5), e di Finizio (1861) (6). Quale fu l' esito dei bambini in questi 4 casi? Due furono estratti vivi ed atti a vivere ed erano nell' 8.° mese, uno già

---

(1) In questi 14 casi l'estrazione podalica fu eseguita 9 volte, in 3 casi fu applicato il forcipe, una sola volta dopo aver introdotta la siringa elastica nella matrice il parto fu spontaneo, di un caso infine non è segnato il modo dello sgravio, il quale fu tuttavia proceduto dalla dilatazione della bocca uterina.

(2) In queste 4 osservazioni fu sempre praticata la dilatazione, il rivolgimento venne operato 3 volte: non è indicato il modo del parto nel solo caso di Golinelli in cui il feto toccava soltanto 5 mesi.

(3) Verardini, loco citato, pag. 135.

(4) Rizzoli. « Collezione memorie chirurgiche. » Vol. II, a pag. 555.

(5) Verardini, loco citato, pag. 160.

(6) Finizio. *Bollet. Scient. Med. di Bologna*, anno 1862, XVIII, pag. 159.

maturo fu estratto morto e moribondo il quarto che soli cinque mesi contava di vita uterina. Le quattro madri invece tutte volsero a guarigione, e valga il notare che la causa della morte apparente (ma che si credette da quegli operatori reale) fu sempre data dalla eclampsia, circostanza questa, sopra la quale avrò campo di ritornare fra breve (1). Onde computando questi 4 coi 14 antecedenti si avrebbe 18 operazioni su donne in agonia, di cui cinque si riebbero alla vita e vivi da esse furono estratti 15 feti. Questa peraltro sarebbe la statistica lorda, che depurata dall'anzidetto caso del Belluzzi, in cui il feto era già morto, e dall'altro del Golinelli, essendo la creatura solo arrivata al 5.° mese di gravidanza, si avrebbero 16 operazioni con un solo insuccesso, cosicchè la perdita fetale è ragguagliata al 6.25 °/o.

Avendo io pertanto sommati i casi in cui l'operazione fu praticata sull'agonizzante con quelli ove il parto forzato fu intrapreso sopra gravide erroneamente credute morte, e perciò in agonia, i risultati fetali ci si appalesano vieppiù favorevoli di quello che non appaia dalle conchiusioni del Corradi, ed ancora più essi ci si mostrano soddisfacenti qualora si ragguaglino a quelli che già vedemmo ottenuti, allorchè il parto forzato fu intrapreso *post obitum matris*. Ma un'altra circostanza merita quivi di essere da me richiamata, e cioè che se per la massima parte dei casi lo stato delle parti generative fu propizio al manuale intervento, non devesi dimenticare come, ad onta che la gravidanza fosse entrata negli ultimi 3 mesi, più volte sieno state necessarie delle operazioni preparatorie allo intervento stesso (2). L'operazione fu per lo più facile, voglio dire riguardo alla estrazione, tranne poche eccezioni (3), e nessuna lesione apprezzabile fu poscia riscontrata sulla madre.

---

(1) Le malattie nei 14 casi dell' anzidetta tavola sono così esposte: apoplessia cerebrale, 3 casi; tubercolosi polmonare, 5 casi; nefrite, 1 caso; bronchite, 1 caso; malattie cerebrale, 1 caso; idrometra, 1 caso; cardiopatia, 2 casi. (Vedi tutti questi dati riassunti nella Tavola più avanti).

(2) Così nella osserv. I (Esterle), fu applicato il pessario cavo disteso da acqua calda, la gravida era negli ultimi mesi. Nella osserv. III (Esterle), si introdusse una siringa elastica nell' utero, la gravida era al 9.° mese, il parto fu spontaneo, per cui, a tutto rigore, questa osservazione non dovrebbe figurare colle altre. Nella osserv. VIII (De-Cristoforis), la gravida essendo nel 7.° mese, la dilatazione fu agevolata da tre incisioni sul collo uterino. Nella osservazione XII (D'Amato) la gravida essendo pure al 7.° mese e mezzo, furono praticate delle punture sulle grandi labbra e sul perineo rigonfi per edemi dipendenti da vizio cardiaco, ed inoltre delle incisioni sul collo dell' utero.

(3) Fu *malagevole* il rivolgimento nel caso del Tallinucci (oss. III, Tav. *B* del Corradi) e richiese *non breve tempo*, essendo la bocca di quell'utero all'8.° mese, *chiusa, ma cedevole;* si ebbe vivo il bambino. Al

Il Vitanza nel suo lavoro, da me già citato, offre 17 osservazioni di parto forzato in donne agonizzanti, le quali presentavano tale interesse, che io le raccoglierò in una tavola allo scopo di rilevare alcuni dati importantissimi, alle quali osservazioni del Vitanza aggiungerò pure l'altra spettante al Moretti.

De-Cristoforis *non meno di un' ora* durò l' operazione che richiese come fu detto le incisioni sulla bocca chiusa, pur nondimeno il feto fu estratto vivo. Così pure il Lazzati non trovò senza difficoltà il rivolgimento (osservazione X).

Parti artificialmente ottenuti pe

Numero	Anno	Operatore	Fonte bibliogr.	Qualità della gravid.	Età della gravid.	Parità	Malattia	Bocca e collo uteri
1	1883	Vitanza	*Riforma Medica*, 1892	Semplice	9 mesi	Plurip.	Eclampsia.	Edema della vulva, il duro rigido, non per teva adito che al esploratore.
2	1888	Idem	Idem	Idem	9 mesi	7para	Eclampsia.	Rigida e grossa non metteva l' introd. punta del dito.
3	1888	Idem	Idem	Gemella	9 mesi	7para	Eclampsia.	Edema alla vulva, allungato ed an chiuso.
4	1886	Idem	Idem	Semplice	9 mesi	1para	Eclampsia.	Collo allungato e ch
5	1889	Idem	Idem	Idem	9 mesi	1para	Eclampsia.	Collo allungato ed zio perfettam. chiu
6	1891	Idem	Idem	Idem	?	Plurip.	Eclampsia.	Collo allungato e ch
7	1887	Idem	Idem	Idem	9 mesi	7para	Apoplessia cerebr.	Collo rivolto verso cro, gravi difficolt l' introduz. dell' in
8	1888	Idem	Idem	Idem	8 mesi	1para	Apoplessia cerebr.	Collo uterino chiuso sistente.
9	1890	Idem	Idem	Idem	8 mesi	1para	Apoplessia cerebr.	Collo uterino lungo, so rivolto all' ind
10	1876	Idem	Idem	Idem	9 mesi	5para	Tuberc. polm.	Collo uterino lun chiuso interament

Duolmi non poter fare altrettanto per quelle che sono riferite nelle pubblicazioni del Bossi e del compianto amico e collega dott. Sangregorio (1), imperocchè pochi sono i casi in cui veramente si possa accettare l'agonia della madre, e sebbene per lo più siasi trattato di casi assai gravi, tuttavia non potrò tenerne conto, perchè le osservazioni non furono con sufficienti dettagli redatte, riguardo specialmente alle condizioni delle vie generative.

---

(1) Vedi le citazioni delle diverse memorie a pag. 319, nota 7.

naturali in donne moribonde.

CO TICO	Operaz. precedenti o preparatorie	Modo del parto		Feto	Esito per la madre
		Forcipe	Rivolgimento		
ro	Episiotomia, isterostomatomie stante la rigidità del collo; interv. laborioso.	—	Rivolgimento.	Vivo, visse 17 giorni.	Guarigione.
n	Isterostomatomie, intervento laborioso.	—	Braxton-Hics.	Vivo, vivente.	Guarigione.
n	Isterostomatomie.	—	Versione.	Primo vivo (visse), secondo morto.	Guarigione.
n	—	—	Idem.	Vivo, morto 1/2 ora dopo.	Guarigione.
n	Isterostomatomie, intervento laborioso.	—	Idem.	Asfittico, morto dopo 4 ore.	Guarigione.
	Nessuna operazione preparatoria, intervento difficile.	—	Idem.	Vivo, vivente.	Morta dopo tre dì, la donna era sifilitica.
	Nessuna operaz. preparatoria, interv. labor.	—	Versione laboriosa.	Morto, nel periodo delle difficili manovre operatorie. Notizia per corrispondenza epistolare dell'operatore.	Guarigione.
	Intervento laborioso.	—	Versione.	Asfittico, vivente.	Guarigione.
ro	Incis. multiple del collo, non fu possibile introdurre che 2 dita.	—	Versione alla Hüter.	Asfittico, morto poco dopo.	Morta poche ore dopo.
n	Intervento facile.	—	Versione.	Vivo, vivente.	Guarigione. Moriva un mese dopo per tubercolosi polm.

Numero	Anno	Operatore	Fonte bibliogr.	Qualità della gravid.	Età della gravid.	Parità	Malattia	Bocca e collo uterin
11	1890	Vitanza	*Riforma Medica*, 1892	Semplice	7 mesi	7para	Tuberc. polm.	Edema delle labbra collo uterino permett l' ingresso all' indi ma assai ispessito.
12	1889	Idem	Idem	Idem	?	3para	Metrorragia da placenta previa.	Vagina rigida, collo s so e duro.
13	1889	Idem	Idem	Idem	8 mesi	2para	Metrorragia da placenta previa.	Bocca uter. semiape
14	1889	Idem	Idem	Idem	9 mesi	7para	Metrorragia da placenta previa.	Ipertrofico e duro il permeabile al solo ce, l'introduz della no fu forzata.
15	1891	Idem	Idem	Idem	8 mesi	2para	Metrorragia da placenta previa.	Collo lungo, duro, metteva l'ingress una sola falange.
16	1887	Idem	Idem	Idem	9 mesi	5para	Emorragia inrorna da trauma addom.	Collo interamente cl ed ipertrofico.
17	1888	Idem	Idem	Idem	—	—	Caduta accidentale. Emorragia.	—
18	1877	Moretti	*Ann. Univ. di Medicina*	Idem	9 mesi	Plurip.	Congestione polm.	Genitali esterni dis bili, la bocca dell' permette l'adito a senza forza e si n ben disposta alla zione.

CCO OTICO	OPERAZ. PRECEDENTI O PREPARATORIE	MODO DEL PARTO		Feto	ESITO PER LA MADRE
		FORCIPE	RIVOLGIMENTO		
ogro	Isterostomatomie.	—	Idem.	Asfittico, morto non rianimato.	Guarigione. Moriva dopo 2 mesi.
em	Intervento laborioso.	—	Vers., difficile l'estraz. della testa.	Asfittico, vivente.	Guarigione.
em	Interv. laborioso. Durò fatica a sorpassare la cervice col grosso della mano.	—	Versione laboriosa.	Asfittico, vivente.	Guarigione.
em	Tamponamento.	—	Versione.	Vivo, morì poco dopo.	Morta 4 ore dopo.
em	Nessuno.	—	Vers. difficile.	Vivo, morì poco dopo.	Guarigione.
em	Nussuno.	—	Versione.	Morto; era premorto, la paziente fu operata per scongiurare l' imminente pericolo. Notizia da corrispondenza epistolare dell'oper.	Guarigione.
em	—	—	—	Asfittico, vivo.	Morta.
em	Nussuno.	—	Vers., difficile l' estraz. del capo.	Morto.	Guarigione.

Sopra diciotto madri adunque 14 si riebbero, e di 19 bambini, giacchè quivi in un caso la gravidanza fu osservata bigemina (1), per ben 15 furono estratti vivi. Di questi 15 per altro non tutti poterono campare a lungo, essendo soltanto 9 sopravvissuti, onde è che l'operazione rispetto ai feti, se raggiunse per la massima parte dei casi il fine religioso, l'altro civile invece non toccò che in proporzione assai più limitata. Ciò non pertanto volendo istituire un confronto fra i risultati offertici dal Corradi e desunti da vari operatori, con questi da me sovraesposti del Moretti e del Vitanza, emergeranno alcuni dati meritevoli di essere esaminati come appare dalla seguente.

Tavola generale riassuntiva dei parti artificialm. ottenuti per le vie naturali in donne moribonde (2).

	Num.° dei casi	Madri		Feti		Procento dei feti vivi	Procento delle madri salve
		Morte	Riavute	Morti	Vivi		
Corradi	16	12	4	1	15	93.75 %	25.00 %
Moretti e Vitanza .	18	4	14	4	15	83.33 %	77.78 %
Totale . .	34	16	18	5	30	88.24 %	52.94 %

Emerge intanto a prima giunta da questo prospetto la superiorità dell'intervento per via vaginale, riguardo ai feti, alloraquando è intrapreso sopra donne non ancora spirate, vale a dire emerge la superiorità della pratica dell'Esterle sopra l'altra del bolognese Rizzoli. Ma quivi altri dati sono assai opposti e su di essi amo soffermarmi alquanto. Riguardando dapprima l'esito delle madri, noi scorgiamo che se al Vitanza riuscì di salvarne 14 sopra 18 (3), solo 4 invece ebbero la fortuna di riaversi di quelle 16 di cui il Corradi fa menzione nella tavola già accennata. Volgendo invece lo sguardo ai feti, noi troviamo che i risultati sono migliori in quella parte di statistica che più infelice mo-

(1) Osservazione terza.

(2) Nella compilazione di questa tavola non ho compreso quei casi in cui la gravidanza non fosse entrata negli ultimi tre mesi, e quelli nei quali il feto era da parecchio tempo premorto, comprendendo fra i vivi quelli che nacquero in istato di asfissia e che come tali fruirono del battesimo.

(3) Per brevità raccolgo fra i casi del Vitanza anche quello spettante al Moretti.

stra l'esito per le madri, essendo la perdita ragguagliata al 6. 25 °/o, nel mentre che nella statistica del Vitanza questa sale al 16. 67 °/o.

D'onde questa notabile differenza, la quale urta a tutta prima colla logica? Le osservazioni offerteci dal Vitanza, come quelle che sono per esteso, e con cura minutamente riferite, non ci lasciano, è vero, alcun dubbio sulla realtà della gravezza in cui le madri versavano innanzi l'intervento, ma spettando le suesposte osservazioni tutte ad uno stesso operatore, potrebbe nell'animo di taluno sorgere il dubbio — in apparenza giustificabile — che cioè per una forse eccessiva impressionabilità, l'ostetricante avesse per avventura riputate per agonizzanti quelle donne, che in realtà non lo fossero state. Vero è che dalle storie narrate emerge quasi sempre la circostanza del trovare assistita la paziente da un sacerdote per quelle pratiche che nelle estreme contingenze sono imposte dalla nostra religione, ma questo non sembrami sufficiente argomentazione, e però non mi soffermo a discuterlo, ed a me stesso rifaccio la domanda che per altro motivo io mossi riguardo al metodo del Rizzoli, cioè quelle pazienti di cui fa cenno il Vitanza, erano veramente entrate in quel periodo che suole dirsi *agonia?* in quel periodo oltre il quale non v'ha ritorno?

Ci è noto l'*agonia* essere così chiamata quasi fosse un combattimento ovvero stato di violenza che precede immediatamente la morte; e non calcolando quei casi, nei quali cessa ad un tratto una di quelle funzioni che non si possono se non colla vita interrompere, quali la innervazione, la circolazione sanguigna, la respirazione, l'agonia, a seconda delle cagioni onde la vita viene ad estinguersi, può presentare molteplici varietà. Così talora l'infermo potrà trovarsi in uno stato di eccessivo abbattimento tale da rendergli impossibile ogni moto, talora invece in uno stato di attività disordinata al quale, dopo brevissima calma, può seguire la morte. I sensi pure, aboliti prima che la vita sia spenta, persistono talora nella più perfetta integrità fino all'ultimo istante. Nè ciò basta, poichè non sempre l'agonia può conferire all'individuo l'aspetto cadaverico colle caratteristiche del cutaneo pallore, degli occhi infossati, dello sguardo spento, del naso affilato, ecc. talchè, sebbene rari, si notano dei casi nei quali la morte non è preceduta dall'agonia, o per lo meno dalle sue apparenti manifestazioni: laonde ognuno s'accorge non essere facile cosa il determinare quando incominci questo stato.

Il prof. Mangiagalli non si perita di tentare una definizione qual-

siasi della agonia, che anzi, per usare delle sue stesse parole, evita volontieri questa espressione e dice che il problema dell'intervento ostetrico incomincia ad affacciarsi, allorchè nel medico che assiste la inferma, entra la convinzione di una vicina ed imminente catastrofe. Infatti non può essere che dal complesso di molti fenomeni, che l'osservatore potrà pronunciarsi, ed ancora dovrà fare delle riserve se la malattia non ebbe un decorso regolare, poichè l'agonia può anche essere simulata da stati morbosi compatibili con uno ristabilimento, che talora può mostrarsi assai pronto. Non è forse oggi provato che la vita latente può sostenersi per una estensione di tempo indeterminata, vuoi per sincope prolungata, vuoi per uno stato intermediario prima della morte reale? Nè va dimenticato come nella pratica della scienza medica le malattie si mostrino spesso del tutto individuali; la loro natura si cangia in mille differenti aspetti, presentando i più svariati ed incomprensibili fenomeni! (1).

E se ci è permesso di affermare una agonia vera, quando questa si manifesti sul declinare di cronico morbo, potremo noi avere altrettanta sicurezza, in casi, ad esempio, di apoplessia cerebrale ed in quelli nei quali l'epilettico dopo avere subìto lo stadio convulsivo dell'attacco, piomba nello stertore, nel coma? Ecco le difficoltà, ecco la impossibilità di addivenire ad una decisione immediata, la quale, nel caso dubbio, dovrà farci maggiormente propendere verso la realtà: dappoichè se il vero agonizzante non può essere soccorso con mezzi efficaci, qualsiasi la terapia impiegata, ciò non sarà per colui che per avventura trovasi in uno stato di agonia apparente (2). E per ciò pe-

---

(1) Ragione questa valutatissima, ed il prof. Mangiagalli parlando dell'eventuale intervento ostetrico in siffatte estreme contingenze disse: « Ogni caso avrà del resto la sua propria fisionomia e richiederà tatto, coscienza e perizia per parte di chi assiste » (Vedi « Le più recenti modificazioni del taglio cesareo. » *Annali di Ostetricia*, anno V e VI, 1883-84, Milano, Tipogr. Agnelli). — Completando la bibliografia già offerta a pag. 219, nota 2, sopra la morte apparente, sono lieto di poter quivi indicare il trattato di Melchiorre Missirini « Pericolo di seppellire gli uomini vivi creduti morti » (Milano, presso Carlo Branca, 1837, col tipi della Minerva in Padova), nel quale sono estesamenti studiati e discussi i segni fallaci di morte in parecchie malattie, e come la morte apparente possa darsi non solo in casi straordinarii, ma in tutti gli infermi (Parte I, Cap. XXX-XXXI).

(2) In una parola alla voce *agonia* si dovrebbe annettere un significato assoluto, imperocchè, se un individuo creduto agonizzante si ricupera, vuol dire ch'esso non era veramente in agonia, per quanto in gravissime condizioni. Un concetto presso a poco consimile mi ricordo aver udito nelle lezioni del professore Golgi, il quale parlando della anemia perniciosa progressiva, la disse malattia in verun modo sanabile in quanto che, se per avventura guarisse, non sarebbe più progressiva.

netrato che sia nell' animo dell' ostetrico il convincimento (basato sul carattere della malattia, sulle peculiarità del suo decorso) che la gravida è prossima a dare l' ultimo respiro, nell' interesse del feto sarà assai propenso allo intervento per le vie naturali, imperciocchè l'esperienza ha ormai dimostrato che la manovra riesce soventi, e senza alcuna materiale od apprezzabile materna lesione, anche là dove a tutta prima non si avrebbe potuto sperare.

Ora poi, tornando al Vitanza, amo ripetere essere ben lungi dal mio pensiero il supposto ch'ei non abbia operato nello stato di agonia; solo noto, che non essendo possibile per le cose anzidette di poter cerziorare il punto in cui la stessa era pervenuta, egli possa aver agito su quelle donne in un periodo di agonia non certamente avanzato, come ad esempio nei due casi di tubercolosi polmonare, nei quali le madri poterono ritrarre dal parto tale beneficio da sopravvivere da quattro ad otto settimane. Ed infatti da quelle dettagliate narrazioni emerge un'altra particolarità che merita di essere al proposito considerata, e cioè nella pluralità dei casi, contrariamente a ciò che fu manifesto dalla statistica del Corradi, il collo e gli orifici uterini *non* presentarono condizioni soverchiamente favorevoli al passaggio della mano e del feto, imperocchè noi troviamo il collo descritto come *lungo, ipertrofico, chiuso,* e i suoi orifizii *appena permittenti l' adito all' indice esploratore.*

Nè si potrà supporre che il Vitanza così descrivendole, avesse di mira di esagerare tali condizioni allo scopo di dimostrare facile ad onta di ciò il parto per le vie naturali, e d' altra parte il fatto che quasi sempre ebbe ricorso alle incisioni della cervice, e l' altro delle estrazioni bene spesso laboriose, annullano l'ipotesi. Per le quali ragioni io sono inclinato a credere che quell'ostetrico essendo intervenuto in un periodo di agonia non troppo avanzato, abbia avuto la fortuna di salvare la maggior parte delle proprie pazienti. Nè va dimenticato, io credo, riguardo al risultato finale per le madri, la considerazione delle malattie ond'esse erano affette, ma su questa particolarità non amo insistere pel momento, avendo campo di ritornarvi fra breve. Per ora, fermo il concetto che l'intervento sopra donna agonizzante non è così agevole come sulla defunta, può dirsi che lo stesso intervento per le vie naturali è tanto meno facile quanto più esso venga attuato in un periodo in cui l' agonia non sia gran fatto inoltrata, per le difficoltà

opposte dal collo e da' suoi orifici. E se la relativa scarsezza dei casi non mi vietasse di dedurre delle conclusioni, che per ciò solo potrebbero essermi impugnate, a sostegno di quanto affermavo porterei in campo il minor numero di feti salvati dal Vitanza in confronto di quelli avuti da donne agonizzanti e che non si riebbero più alla vita (offertici dal Corradi), ed in allora si potrebbe inferire, che la minore celerità nella manovra, operando su donne bensì aggravate, ma non agonizzanti nello stretto senso della parola, è solo compensata, per riguardo al feto, per ciò, che non avendo forse questo avuto campo di subire tutte quelle profonde commozioni che inevitabilmente gli vengono dalla madre comunicate, può con maggiore sicurezza affrontare quei pericoli dei quali dietro tenni discorso. Siccome per altro io sono per concedere valutabilissimo conto al carattere della malattia materna riguardo alla sorte del feto, necessiterebbero molti fatti per dimostrare in modo assoluto quanto sopra venni esponendo. Ma prescindendo per ora da quest'ultimo riflesso, e volendo attenerci ai risultamenti delle riportate statistiche, potrebbe concludersi che per le vie genitali in non avanzata agonia, per essere queste non troppo propizie alle manovre di estrazione, si salvano minori feti, ma in compenso le madri, ove le malattie siano suscettibili di miglioramento per lo sgravio artificiale, possono ritrarre non dubbio vantaggio. E su quest'ultima considerazione, cui forse non venne rivolta tutta quella importanza che io credo meriti l'argomento in discorso, io ritornerò fra breve, bastandomi per ora l'accennare come sopra il totale di 34 casi, l'eclampsia abbia figurato per ben 10 volte.

Volendo ora venire a delle conclusioni sommarie riguardo al parto cesareo *post mortem* ed al parto artificiale immediato istantaneo alla Rizzoli, non che al parto forzato alla Esterle, parmi potersi affermare anzitutto, che ognuno di questi tre interventi, a seconda delle circostanze, potrà sempre trovare la propria applicazione, e che una stessa linea di condotta non possa nè debba essere imposta all'ostetricante nel caso di morte della madre (1). Ma su questo punto non faccio

---

(1) Il Giordano nel suo rapporto intorno al primo scritto del Verardini circa il metodo posto in pratica dal Rizzoli per estrarre dall'utero i feti nelle morte incinte, concludeva la gastro-isterotomia doversi pur sempre ritenere come la massima generale. Noi però abbiamo già visto come il Giordano avesse di

sosta, dappoichè, da altri già chiarito, direttamente non risguarda l'argomento che mi sono prefisso. E quivi raffermo che gli interventi su donna morta offrono tanto maggiori favorevoli risultamenti riguardo ai feti, quanto più pronta dopo la morte materna è l'azione del chirurgo: e a maggiore ragione vale tale prontezza ove l'impresa per le vie genitali è attuata durante l'agonia della gravida votata a certa e prossima fine (Esterle); che anzi, con tale partito, sempre che le parti generative lo acconsentano senza notevoli difficoltà, pure le madri ne risentono non dubitato vantaggio, alla condizione però che la malattia sia tale, che influenzata beneficamente ne rimanga collo svuotamento della matrice, e sia di tale natura da permettere la guarigione. Laonde in alcune speciali malattie, quei riguardi che essenzialmente diretti verso la madre spingevano il Rizzoli ad attenderne la morte, come ognuno vede, debbono essere sostituiti da altri più efficaci riguardi, sorretti da criteri intesi a salvare con maggiori probabilità due periclitanti esistenze.

Che anzi, dimostrato il fatto per non dubbie prove di ripetuta esperienza, l'azione pronta dovrebbe altresì essere invocata, a mio giudizio, nel solo interesse materno, in talune malattie non dipendenti dalla gravidanza, anche quando per l'assenza delle pulsazioni cardiache fetali, o per qualsiasi altro fenomeno, fosse nell'animo nostro radicato il convincimento, anzi la certezza di estrarre dalla morente null'altro che un cadaveruccio. Ed a questo artificiale sgravio che negli intenti si scosta da quelli dal Rizzoli e dall'Esterle propugnati (1), io vorrei fosse conservata la medesima denominazione, imperocchè esso non sarebbe che una conseguenza di quelli.

---

poi modificato il proprio avviso. Il Verardini molto si adoperò per modificare la legislazione, riguardo agli obblighi dell'ostetrico verso la gestante estinta, e dice il Tibone, col lodevole intento di evitare il doloroso fatto di portare col ferro la morte in donne ancor fornite di vita. Ciò non di meno le autorità governative, ch'io mi sappia, non si pronunciarono mai circa le modificazioni vagheggiate dal Verardini, al quale proposito appunto, osserva il Pinzani (loco citato, pag. 1015) che tanto il taglio cesareo quanto il parto forzato *post mortem* non debbono essere considerati come rivali, avendo ognuno un campo d'azione ben distinto: quindi, nella stessa guisa che reputa al giorno d'oggi la lex regia come assurda, così non trova neppure commendevole la proposta del Verardini, e cioè che « il codice debba finire per imporre l'obbligo di estrarre il feto per le vie naturali. »

(1) Infatti, come ognuno vede, l'indicazione in allora non sarebbe che esclusivamente materna, come ad esempio nei casi di gravissime metrorragie.

***

Per quanto possa essere raro il caso, nessuno vorrà disconoscere che talora il parto forzato nell' agonia può essere impossibile, ed anche quando si possa presumere di riuscirvi, non sempre sarà conveniente l'accettare un simile partito, imperocchè da quanto venni per lo addietro esponendo, le difficoltà inerenti alle manovre di estrazione ci faranno perdere un tempo prezioso, costituendo così una fonte di danni non solo pel feto, nel cui solo interesse l'operazione è intrapresa, ma ben anco per la madre, quando non si avessero tutte le ragioni di ritenerla come inesorabilmente perduta. Ed in conferma di ciò, oltre alle osservazioni già da me riferite, piacemi quivi ricordare il caso narrato dallo Jorg (1) in cui la manovra iniziata allorchè la donna era ancora agonizzante, ebbe termine quando essa fu spirata, appunto perchè gli orifici opposero una ragguardevole resistenza alla dilatazione manuale, così che il feto estratto per i piedi insino alla testa più non potendo progredire, fu d'uopo ricorrere al forcipe per estrarlo cadavere. E così pure il Grynfeltt (2) narra di un caso in cui benchè la gravidanza fosse molto inoltrata, pur non di meno il parto forzato per le vie naturali non potè sortire ad alcun effetto.

Non dimentichiamoci che lo stesso Verardini, il fervente apostolo del metodo Rizzoli, pur egli ammise la sezione cesarea nei casi in cui astrazion fatta da una mala conformazione della pelvi, qualsiasi altro insuperabile meccanico ostacolo si fosse opposto alla attuazione del metodo proposto e praticato dalla Scuola clinica-chirurgica di Bologna. Vero è che il Verardini ciò voleva eseguito soltanto *post obitum matris*, ma il taglio cesareo, per quegli stessi ragionamenti esposti dall'Esterle a critica della pratica Rizzoli, il taglio cesareo dico, dovrebbe essere nell'interesse del feto intrapreso nell'agonia, frangendo così alla creatura quei legami che la vincolano alle sorti che travolgono o stanno per travolgere la esistenza materna. Notisi poi che oggidì non può più ripetersi essere il taglio cesareo la più orribile fra le ostetriche ope-

---

(1) Vedi MORISANI, loco citato.

(2) *Montpellier médical.*

razioni (1), non può ripetersi che con essa si verrebbe inevitabilmente ad uccidere la madre; imperocchè siccome storica ricordanza appare quella ecatombe che alla medesima operazione veniva attribuita, e che nella stessa Parigi, quasi costantemente mortale, restava sempre quale argomento di gravi preoccupazioni per tutti gli ostetrici, talchè Guéniot aveva potuto esclamare, che il taglio cesareo nascendo col decimosesto secolo, aveva avuto la sventura di nascere premorto.

Se non che mi potrà essere opposto che l'odierno migliorato pronostico del taglio cesareo riflette i casi ove questo è intrapreso per distocie materne, vuoi causate da pelviche stenosi, vuoi dalla presenza di tumori, o perchè la gravidanza sia ectopica, ecc., ma sempre in organismi, nei quali la vita non è minacciata da alcuna malattia, laonde a tutta prima non potrebbe suonare che ironia il voler presumere che ad una agonizzante, ad esempio per pneumonite, possa riuscire la gastro-isterotomia del pari innocua che ad una rachitica di viziato catino. Ciò che è d'uopo fissare si è che *cæteris paribus* il taglio cesareo non è più letale per le ragioni per le quali lo era per lo addietro, laonde se la malattia onde è affetta la gravida, per quanto in condizioni disperate è tale da risentire vantaggio dallo svuotamento stesso della matrice, se il parto in altra guisa è impossibile, se il feto è vivo e vitabile, l'operazione potrà offrirci da un lato la quasi assoluta certezza di un feto vivente, e dall'altro una assai problematica, ma pure possibile, salvezza materna, e quanto meno un alleviamento di quei sintomi ond' è l'esistenza minacciata.

I fautori del parto forzato fecero molte obbiezioni alla sezione cesarea *post obitum matris,* e poco o punto si occuparono di fare un confronto delle due operazioni eseguite nelle medesime circostanze, vale a dire in agonia, e se taluno ha ricordato il caso di Roser, fu solo per condannarlo. Io credo invece che una tale disamina tornerà di non lieve giovamento alla tesi del taglio cesareo in donna agonizzante, e però mi sia concesso di sostare alquanto sopra tale obbietto.

Quali furono adunque le accuse? Queste furono di varia indole, e la questione venne agitata dal punto di vista della tecnica, e special-

---

(1) Rizzoli, loco citato.

mente da quello della morale. E così venne imputato alla gastro-isterotomia di richiedere un tempo maggiore prima di essere intrapresa, pel fatto degli indugi resi necessari per l'accertamento della morte della madre, e ciò a danno della vita fetale.

Ma se l'intervento per deliberato animo noi verremo ad attuare sulla morente, ecco che la prima obbiezione cade completamente, non solo, ma allontanato dall'animo nostro quella tema dell'errore sul giudizio della morte della madre, che pur sempre incombe sull'ostetrico, calmi e sereni operando potremo essere confortati dal pensiero di aver salvo il feto con una quasi assoluta certezza, e fors'anco di giovare alla madre.

Un altro appunto fu rivolto al taglio cesareo p. m. riguardo alla sua celerità, e cioè si disse che essendo fatto obbligo di osservare tutte le scrupolose regole, come si trattasse di agire su donna vivente, si dovrà necessariamente impiegare maggior tempo nella esecuzione dei preparativi di quello che nel parto forzato è richiesto. Se tali ragioni valgono in parte nella sezione cesarea *post mortem*, esse perdono molto del loro valore alloraquando la gastro-isterotomia dovesse essere intrapresa nel periodo dell'agonia. Dissi a bello studio *in parte pel taglio cesareo post mortem*, in quanto che oggidì accadrà assai di rado di essere chiamati nella pratica civile per simili contingenze, a meno non si trattasse del caso di morte violenta, nel quale ove il parto forzato fosse impossibile, potrebbe ripetersi che necessità non conosce leggi. Ma chi pure assistendo una moribonda e trovandosi nella assoluta impossibilità di agire per le vie naturali, accettasse il partito del taglio cesareo *post mortem*, chi, ripeto, al giorno d'oggi starebbesi inerte spettatore dello spegnersi più o meno lento della vita materna, senza darsi nel frattempo pensiero di tutte quelle cautele che necessitano ad un atto operativo, ad intraprendere il quale tutti sono d'accordo doversi agire come sopra donna ancor viva?

Qualora poi il taglio cesareo dovesse essere istituito per deliberato animo sull'agonizzante, la sollecitudine non sarà in generale così urgente, così assoluta come nel caso in cui si trattasse di operare sulla defunta, e perciò la suaccennata accusa viene di molto attenuata, anche tenendo calcolo di ciò, che l'azione sull'agonizzante non deve essere precipitata, ma bensì accolta dopo mature riflessioni, e come premeditata condotta.

Infatti l'ostetricante il quale crederà appigliarsi a tale partito, cognito della malattia per cui la gravida muore, ne seguirà le ultime fasi, e nel mentre gli torneranno vani i tentativi di una qualsiasi preparazione delle vie generatrici, avrà pure tutto il tempo per disporre ogni cosa per la gastro-isterotomia; e confortato dall'eventuale giudizio di uno o più colleghi, potrà con tutto suo agio far sì di non trovarsi sprovvisto al momento dell'azione. Per le quali ragioni io sono inclinato a concludere che se il taglio cesareo sulla morta può essere ritardato per le cause anzidette, non sarà che in casi eccezionali, e per nulla ritardato quell'intervento che previsto e premeditato, verrà intrapreso per deliberato animo sulla donna agonizzante. Del rimanente, ove il parto forzato non riesca così facile e pronto da essere soltanto colla mano ottenuto, non richiede forse uno strumentario di certo non inferiore a quello che necessita per la sezione del ventre? Nel quale caso dovendo ricorrere a strumenti speciali e di non comune maneggio, la tecnica operativa potrà riuscire più complicata di quello che a prima giunta non sembri. Dovendo poi eventualmente appigliarci alle incisioni sulla cervice uterina, le quali bene spesso a feto estratto potranno imporci la necessità di praticare qualche punto di sutura, non sarà forse una simile manovra malagevole, o fors'anco impossibile ove non ci sia dato di disporre di abili aiuti? Colui che per poco abbia esercitata l'ostetricia ed abbia dovuto praticare simili suture del collo uterino, non disconoscerà, io credo, la verità di quanto venni esponendo. Ed infatti il Dührssen, il quale come già vedemmo (1) ha caldeggiate tali incisioni e profonde non solo del collo, ma altresì della vagina e fin anche del perineo, ha quasi sempre dovuto procedere ad accurate riparazioni delle artificiali soluzioni di continuità in causa delle emorragie che a quelle succedevano (2).

Nè va dimenticato che se il più delle volte, siccome già vedemmo, nel parto artificiale immediato istantaneo simili lesioni spontaneamente non avvengono, per essere le vie generatrici già sufficientemente al passaggio della mano e del feto disposte, ciò con difficoltà potrà essere

---

(1) Vedi la nota 3 a pag. 330.

(2) Vedi *Annali di Ost. e Gin.*, 1891, pag. 153. « Relazione della Sez. Ginecol. ed Ost. del X Congresso Medico Internazionale. » Berlino, Agosto 1890.

osservato qualora l'ostetrico ad ogni costo preferisse il parto forzato all'altra via offertaci dalla sezione dell'addome (1).

Per tutte le quali ragioni, che venni fino ad ora manifestando, bene si scorge, che in date circostanze (vogliamo pure rarissime), il taglio cesareo sulla agonizzante per facilità e celerità di manovra sarà pur sempre superiore allo sgravio forzato per le vie naturali, senza che per ciò io intenda far trionfare, o per altri fini, piuttosto l'uno che l'altro intervento.

***

Da taluno si volle anche agitare la questione dal lato della *umanità,* si disse col taglio cesareo turbare l'agonia di una infelice, d'accelerarne la morte. Turbare gli ultimi istanti di una morente..! Ecco una frase, che facendo appello al sentimento può a tutta prima farci ricusare la gastro-isterotomia. Non ci schiereremo fra gli stoici i quali credettero poter annichilare il sentimento ed escluderlo dalle umane determinazioni; il sentimento eserciterà sempre un ufficio importante nella morale, ove previene le prescrizioni della ragione; tutto, come nell'estetica, il bello ci è rilevato dal sentimento prima di essere legittimato, direi quasi dal pensiero. Se non che, il voler dare per base irremovibile ed assoluta della morale il sentimento, che per sua natura è essenzialmente mobile, variabile e relativo, è un errore già da tempo chiarito. Però non facendoci discepoli di questa morale sentimentale che non ammette per motivi delle nostre determinazioni che le tendenze istintive, obliando i principi rivelatici dalla ragione e dall'intelletto, riflettendo allo scopo che nelle suaccennate emergenze la sezione cesarea si prefigge, noi vedremo che l'obbiezione perde ogni suo peso e l'intervento rifulge vieppiù giustificato.

Già il Kilian (2) avendosi rivolta la domanda, se lecito fosse operare su donna agonizzante, o se invece dovevasi lasciarla morire in

---

(1) A proposito delle lesioni utero-vaginali nella pratica del parto forzato, vedi: PINZANI. « Condotta che deve tenere l'ostetrico presso un' incinta morta o per tale ritenuta. » *Rivista Clinica di Bologna,* 1884, pag. 1803 e seg. (in Bibl. Osp. Magg.). — MASSARENTI. « Osservazioni sul parto forzato nelle donne morte incinte negli ultimi tre mesi della gravidanza. » Bologna, 1876, pag. 15.

(2) Vedi CORRADI, loco cit.

pace, aveva risposto che nessuna operazione erasi a fare su donna moribonda, se non che potevasi tentare, qualora *ne fosse derivata una assoluta salvezza del feto, ed un sollievo alle sofferenze materne;* e data la sicurezza di aver salva la creatura ancor racchiusa in donna certamente votata a sicura e prossima fine, consigliava di praticare risolutamente la sezione dell'addome. Il Corradi, che tale operazione, disse *truce se non crudele,* conveniva che in verità non era che un « corol- » lario della massima generale di anteporre il possibile all' inverosi- » mile, e conseguenza del naturale proposito di salvare la creatura. » E presso a poco lo stesso avviso esprimeva il Morisani, anzi concludeva che in circostanze per quanto rare ed eccezionali l'operazione poteva riuscire di incontrastabile utilità, e « colla mente calma, e con moderazione » (sono le sue stesse parole), « l'orrore diminuisce e la ripugnanza si vince. »

Il prof. Mangiagalli, nel suo pregiato lavoro, già da me più volte ricordato, toccando l'argomento di cui è quistione, confessa che mano mano che le sue ricerche moltiplicavansi intorno al taglio cesareo in donna moribonda, fu persuaso non essere quel modo di agire una isolata temerità di un chirurgo, ma bensì una condotta scaturita dal convincimento entrato nella coscienza di molti, per cui (anche quivi mi sia lecito di ripetere la sua stessa frase): « quel primo spettro » della inumanità dell'atto operativo andava dissipandosi, e quel rac- » capriccio provato dal sentimento nel figurarsi che faceva la mente » il chirurgo intento ad incidere una donna spirante, si era andato » affievolendo, il freddo raziocinio aveva preso il sopravvento » portando lui pure al convincimento essere in determinati casi giustificato il taglio cesareo in donna vicina a morire. Del rimanente tutte quelle chirurgiche operazioni le quali sono intraprese siccome *extrema ratio* in molti altri gravissimi eventi, sono esse forse meno incresciose, meno *umane* di questa? Qualora si volesse fare appello al sentimento, perchè non dovrebbe il chirurgo rifiutare l'opera propria, quando questa come dubbia ed incerta, ma pure lontanamente di probabile riuscita non avesse ad offrire all'infermo che poche ore di più di agonia?

Potrà dirsi altresì che un individuo ha diritto di rifiutare quella qualsiasi operazione che dal chirurgo gli viene proposta allo scopo di guarirlo o di migliorarlo, ove egli non intenda sottoporvisi, ed atto inumano sarebbe quello di violentare la volontà del paziente; e nel

nostro caso, trovandosi spesse volte la gestante in condizioni tali da non potere manifestare la propria, potrebbe essere chiesto: è l'ostetrico autorizzato all'intervento? Io credo che la risposta possa essere affermativa, in ogni modo però e per qualsiasi operazione (e quindi anche nella eventualità del parto forzato) l'ostetrico dovrà procurarsi l'assentimento del marito. Negli Istituti clinici e presso le Maternità ove spesso sono ospiziate pregnanti per illegittimo concubito, in mancanza d'altri l'ostetrico potrà regolarsi secondo la propria coscienza, condividendo tuttavia con altro collega la responsabilità che sta per assumersi. Del resto se in un accidente mortale qualsiasi è giustificato l'intervento chirurgico, nel quale solo può risiedere la problematica salvezza dell'agonizzante, quand'anche la vita dovesse essergli salvata a prezzo di notevole mutilazione, perchè dovremo noi titubare davanti ad una gestante?

La donna che muore portando in seno il frutto del concepimento non dovrebbe essere considerata come una duplice entità, e noi potremmo nella madre scorgere una metà che sta per soccombere, ed un altra, che non appartiene ancora (ciò è vero), alla vita, ma che alla vita può essere data e conservata, e che reclama in suo favore il soccorso dell'arte (1). E ritornando per poco alla parvenza di crudeltà che vorrebbesi dare all'opera dell'ostetrico che crede di intervenire col taglio addominale sulla morente in favore del feto, forse che la manovra del parto forzato va esente da questa accusa? E tanto più ancora quando per essere le vie non del tutto disposte al passaggio della mano dovrà egli adoprarsi con difficili e prolungate manovre? Vero è che l'intervento per le vie naturali, desta negli astanti minore ribrezzo che non il taglio cesareo, ma noi non dobbiamo dimenticarci di quei pericoli di cui sopra tenni discorso, i quali (volendo ad ogni costo avere il parto per le vie generative essendoci vietata la sezione del ventre), per essere occulti a chi circonda la morente, non lieve rimorso potrebbero arrecare a quell'ostetrico, il quale pur mostrando di aver saputo estrarre il

---

(1) Il Dambre. « De l'opération césarienne et des sacrificie de l'enfant, » parte dal concetto che il feto non è parte integrante della madre, e che fino dall'inizio è un ente umano distinto, e che vive; come tale egli acquista dei diritti che lo proteggono nel suo sviluppo, le legislazioni moderne e le religioni lo riconoscono nei loro codici. In allora il *diritto di vivere* del feto e quello della madre avendo le stesse origini sono affatto *uguali*. Vedi Scipione Giordano. « Madre o figlio? Prelezione. » Torino, 1860. Tipogr. Italiana di Martinengo F. e C. (in Bibl. di S. Caterina alla Ruota).

feto vivente, sospettasse o fosse entro di sè consapevole di aver dato l'ultimo crollo a quella larva di fuggente esistenza. E lo stesso Esterle, giova che io lo ricordi, alloraquando propugnava il proprio metodo in sostituzione di quello del Rizzoli, aveva fatto al medesimo l'obbiezione in discorso, osservando poter sembrare a taluno atto crudele il tormentare una povera agonizzante, quando da tali tormenti non le avesse potuto derivare nè probabile vantaggio, nè sollievo. Se non che, soggiungeva l'ostetrico di Trento « non sarà egualmente crudele ed inumano il lasciar perire un bambino il quale ha i diritti sacri alla esistenza, affidati essenzialmente alla tutela dell' ostetrico, che potrebbe facilmente e senza danno reale della madre essere salvo, e soltanto per risparmiare a questa alcuni dolori, ai quali d'altronde essa era preparata e rassegnata fino dal giorno in cui concepiva? »

E notisi che l' Esterle ciò scriveva alloraquando il proprio metodo non era per anco diffuso, quando la statistica non era ancora formata, nè confortata e soffulta dai risultamenti dell'altrui esperienza. Ed ove ciò gli fosse stato lecito di conoscere, se la morte non lo avesse innanzi tempo alla scienza rapito, io non dubito che al suaccennato ragionamento avrebbe pure aggiunto che per nulla crudele o tanto meno inumana doveva ritenersi quella condotta, mercè la quale molte periclitanti esistenze avevano potuto trovare salvezza.

Ma un' altra accusa, e di maggior peso fu rivolta alla sezione cesarea in donna morente, accusa che di volo ho già toccato, ma che quivi amo ripetere, e cioè fu detto che la gastro-isterotomia può arrecare più presto la morte alla donna agonizzante per la gravità stessa della impresa.

Se noi guardiamo ai risultati delle statistiche del parto alla Esterle, (e quivi intendo tener conto anche dei casi del Vitanza da me raccolti nel prospetto a pag. 436-39), e li confrontiamo con quelli avuti dal parto cesareo eseguito sopra donna morente (le cui osservazioni compendio ora per maggiore comodità nel prospetto che segue) noi possiamo scorgere, che se agendo colla prima maniera molte madri furono salvate (19 su 36), colla seconda per converso non una potè essere sottratta alla morte, e per lo più la maggior parte non sopravisse che per un lasso di tempo assai breve. Per cui se si volesse badare soltanto ai numeri, questi, nella loro severità, potrebbero farci rifiutare la gastro-isterotomia su donna agonizzante.

Tavola riassuntiva dei tagli cesar

	Gravidanza	Diagnosi	Condizioni dell' orificio uterin
Roser, 1840	Semplice al 9.° mese.	Peritonite fen. cerebrali.	—
Fischer, 1859	Semplice al 9.° mese.	Eclampsia.	Chiuso.
Nussbaum, 1873 . . .	Semplice al 9.° mese.	Emorragia da tracheotom.	—
Sommerbrodt, 1879 . .	Semplice al 9.° mese.	Tumore cerebrale. Coma.	Dilatato 2 cen
Franzolini	Gemellare al 9.° mese.	Anasarca. Edema polm.	Chiuso.
Carrara	Semplice.	Tifo pellagroso.	—
Frank, 1881	Semplice.	Scottature.	—
Thomas	Semplice al 7.° mese.	Pneumonite.	—
Mangiagalli	Semplice.	Meningite basilare.	Chiuso.
Alexander, 1886 (Liverpol)	Semplice primipara.	Coma epilett. Encef. pur.	—
Poten, 1890	Semplice Vpara.	Pleuro polmon. (osteom.).	—
Krukenberg, 1887 . .	Semplice IIIpara 7.° mese.	Sclerosi disseminata. Edema polmonare.	—
Olshausen, 1887 . . .	Semplice.	Setticoemia.	—
Halbertsma	Semplice.	Eclampsia.	—
Wiercinsky	Semplice XIIIpara.	Apoplessia.	—
Fehling, 1884	Semplice 8.° mese.	Meningite basilare.	—
Polk, 1885	Semplice.	Scottature.	—
Gattorno, 1892. . . .	Semplice 8.° mese.	Nefrite cron. Encefalite circoscritta. Eclamps.	Aperto per dito.
Pestalozza, 1894 . . .	Semplice 9.° mese.	Emorragia da scoll. della placenta, complicata a nefrite.	Chiuso.

guiti sopra gravide agonizzanti.

ESITI			Luogo della operazione	Fonte bibliografica
Feto		Madre		
ttico	vivo	† durante l'oper.	—	Mangiagalli. « Le più recenti modific. del taglio cesaseo. » *Annali di Ost. e Gin.*, anno V-VI, 1883-84.
-	†	† dopo 14 ore.	—	
ttico	vivo	† dopo ?	—	
vo	vivo	† durante l'oper.	Sutura dell'ut. Clinica.	
-	vivi	† dopo 36 ore.	—	Franzolini. *Giornale Veneto di Scienze Mediche*, 1879.
ttico	vivo	† dopo ?	—	—
vo	vivo	† dopo 10 ore.	Processo di Frank.	Mangiagalli, loco cit.
-	vivo	† poche ore dopo.	Gastroelitrotomia.	Mangiagalli, loco cit.
-	vivo	† dopo ?	Osp. Magg. di Milano.	Decio. « Rendiconto clinico. » *Ann. di Ost.*, 1893, p. 908.
-	vivo	† dopo un'ora.	—	Caruso « Oper. complem. del taglio cesareo. » *Ann. di Ost. e Gin.*, 1892-94.
-	vivo	† il giorno dopo.	—	Caruso
vo	vivo	† dopo 2 ore.	—	*Arch. f. Gyn.*, XXVIII — Citati da Winkel. « Arztliche Rundschau Wochenschr. für die gesanten Interessen der Heilkunde. » München, 1892.
†	†	† dopo ?	Clinica.	*Centralblatt für Gyn.*, 1887, pag. 794.
vo	vivo	† dopo 24 ore.	—	*Nederl. Tydskr. f. Geneeskunde*, N. 15.
†	†	† durante l'oper.	—	*Centralblatt für Gyn.*, 1888, pag. 319.
vo	vivo	† dopo 12 ore.	—	*Centralblatt für Gyn.*, 1884, pag. 658,
†	†	† poche ore dopo.	—	*Americ. Jonrnal Obst.*, 1885, pag. 112.
ittico	†	† dopo 14 ore.	Clinica di Croback in Vienna.	*Gazzetta Med. Torino*, 1892, anno XLIII, N. 11, p. 205.
†	†	† durante l'oper.	Istituto Ostetrico di Firenze.	Corrispondenza epistolare dell'operatore.

Ma un simile confronto non può avere che un valore relativo, pel fatto che l'errore può nascondersi anche in mezzo alla severità delle cifre, e d'altronde trattandosi di donne agonizzanti per effetto delle più disparate malattie, gioverebbe, prima di formulare delle conclusioni, sceverare caso da caso, radunare fra loro i più somiglianti, conoscere quali reciproche influenze esercitino fra di loro malattie e gravidanza.

Nè ciò basta, poichè (e questo ancora più importa) anche il carattere stesso della malattia, eventualmente in verun modo suscettibile di guarigione, deve essere nel giusto conto valutato nello studio di confronto, di guisa che ridotta la statistica ad esatto valore, la risultante finale non sembrerà nei due metodi così discrepante come nella statistica bruta, e potrà temperare d'assai quella prima tristissima impressione.

Infatti raccogliendo in un prospetto gli esiti materni e fetali in rapporto colla frequenza delle malattie delle madri, per le osservazioni in cui l'intervento fu attuato dalle vie naturali, si otterrebbero le seguenti cifre:

Malattia	Num. dei casi	Madri		Feti nati	
		salvate	morte	morti	vivi (1)
Eclampsia	10	9	1	2	9
Tubercolosi	7	2	5	—	7
Apoplessia cerebrale	6	2	4	1	5
Placenta previa	4	3	1	—	4
Emorragie traumatiche . . .	2	1	1	1 premorto	1
Congestione polmonare . . .	1	1	—	1	—
Nefrite	1	—	1	—	1
Malattie intestinali	1	—	1	—	1
Malattie cerebrali	1	—	1	—	1
Idrometra (?)	1	1	—	—	1
Cardiopatie	2	—	2	1 premorto	1
Totale . . .	36	19	17	6	31
		36		37 (2)	

(1) Tanto in questo come nel seguente prospetto classifico nella finca dei vivi anche quelli che nacquero asfittici, e che però ebbero il beneficio dell'onda battesimale.

(2) In un caso (Oss. 3.ª del Vitanza) la gravidanza fu gemella.

Procedendo ora nella stessa guisa per le 19 osservazioni di tagli cesarei eseguiti sopra gravide moribonde, si avrebbero le seguenti risultanze:

Malattia	Num. dei casi	Madri		Feti nati	
		salvate	morte	morti	vivi
Eclampsia	3	—	3	1	2
Polmonite	2	—	2	—	2
Scottature	2	—	2	1	1
Meningite basilare	2	—	2	—	2
Emorragia da plac. previa	1	—	1	1	—
Setticemia da ferita	1	—	1	1	—
Sclerosi dissem., edema polmonare	1	—	1	—	1
Coma epilettico, encefalite	1	—	1	—	1
Tumore cerebrale	1	—	1	—	1
Peritonite con fenomeni cerebrali	1	—	1	—	1
Apoplessia	1	—	1	1	—
Anasarca, edema polmonare	1	—	1	—	2
Tifo pellagroso	1	—	1	—	1
Emorragia da tracheotomia	1	—	1	—	1
Totale	19	0	19	5	15
				20 (1)	

Nella compilazione delle due esposte tabelle ho compreso tutti i casi indistintamente e però vi figurano anche quelle osservazioni in cui la gravidanza non era giunta negli ultimi tre mesi (ciò nei casi di parto forzato), e le altre (e ciò in entrambe) nelle quali il feto era

(1) Nel caso di anasarca complicato da edema polmonare la gravidanza fu bigemina.

premorto all'atto operativo, ed in tal guisa viene ad essere spiegata l'apparente discrepanza dei risultati, ove siano cogli antecedenti ragguagliati.

Modo della operazione	Num. dei casi	Procento delle madri salvate	Procento dei feti nati vivi
Parto forzato	36	52. 78	86. 11
Taglio cesareo	19	—	78. 95

Rifacendo per poco quelle riflessioni, che già espressi laddove mi fermai a paragonare i risultati materni ottenuti dal taglio cesareo *post obitum,* e del parto forzato, ripeterò quivi che le inevitabili titubanze (in parte giustificate) nell'intraprendere in contingenze gravissime la sezione del ventre in donna agonizzante, intervento non per anco universalmenle accettato, debbono aver rappresentato *in parte* uno dei fattori dell'altissima mortalità materna. Conciossiachè gli ostetrici, o parecchi di essi obbligati ad appigliarsi a questo partito come ad estrema risorsa debbono aver frenata la loro impazienza, di operare nell'interesse del feto, fino a quel limite di aggravamento materno compatibile colla vita della creatura, ma oltre il quale non si poteva essere ritorno alla vita.

E a credere che ciò che dissi non sia nell'astratto campo delle ipotesi, mi conforta il ricordo di quei casi di cui feci cenno al principio di questo scritto, appartenenti ad epoche meno recenti, e nei quali la sezione cesarea intrapresa su donna creduta morta, non riuscì letale, quantunque l'apparenza della morte debba lasciarci supporre una più che avanzata agonia. — Altri casi ancora potrei aggiungere, quali a cagion d'esempio quello di cui narra il prof. Mangiagalli occorso a Clemente Boni (1), ed alcuni resi noti dall'Halbertsma e da

(1) Mangiagalli. « Le più recenti modificazioni al taglio cesareo. »

Kaltenbach, che fra breve avrò campo di accennare a proposito di un altra questione.

Ma sopratutto come fattore dell'alta mortalità materna merita di essere studiato il genere di malattia onde quelle madri erano agonizzanti, questo studio ci recherà fors'anco delle cognizioni rispetto all'influsso e che i diversi patimenti hanno sulla vita delle creature, e per conseguenza rispetto alla possibilità di camparle (1).

Noi sappiamo che fra le malattie che possono cogliere la gestante, le une sono occasionate per effetto della stessa gravidanza, mentre le altre si mostrano come intercorrenti, e si osservano nella pregnante come in qualsiasi altro individuo, e non aventi colla gravidanza che accidentali rapporti. Per ciò nello studio della patologia gravidica si distinsero le malattie in varie classi: 1.° quelle che sopravvengono nelle gravide, ma che non dipendono dalla gestazione; 2.° quelle invece che da questa traggono la loro origine. Vennero inoltre distinte da queste due classi, le malattie dell'uovo vale a dire della caduca, del chorion della placenta, dell'amnios, le malattie fetali, e l'aborto come conseguenza di tutte queste lesioni.

Io reputo che sarà profittevole seguendo una tale distinzione il raggruppare i nostri casi, confrontando i risultati materni con quelli fetali ottenuti dal taglio cesareo e dal parto forzato in donna moribonda.

(Continua).

---

(1) Già il Barnes parlando della sopravvivenza fetale aveva detto che se la madre soccombe per morte violenta e repentina, la creatura può sopravvivere nell'utero; poco invece se quella è consunta da lento malore, e che per lo più premorto trovasi il feto di gravida, che per emorragia perdette la vita. Prima del Barnes l'Asdrubali era venuto ad un bel circa alle medesime conclusioni. Tuttavia al Corradi non sembra ben determinato tale influsso, cioè della malattia materna rispetto alla vita fetale, ed esaminando le conchiusioni di Villeneuve, tratte da ricerche a tale obbietto istituite, dichiarava non potere onninamente alle medesime consentire, come quelle che sembravangli oltremodo discrepanti.

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELLA R. UNIVERSITÀ DI PAVIA
diretto dal Prof. L. Mangiagalli

L'isteropessi studiata dal punto di vista ostetrico

PEL
Dott. LUIGI NEGRI
Assistente volontario.

Da quando il Köberle (1), appositamente, ed il Sims (2), intervenendo per altre indicazioni, cercarono togliere i gravi disturbi causati da un utero retroverso o retroflesso e fisso, non accontentandosi di ridurlo, ma fissandolo in avanti alla parete addominale, l'isteropessi andò a poco a poco facendosi strada in chirurgia, giungendo in questi ultimi tempi ad acquistare una straordinaria diffusione.

A metodi e processi si apportarono centinaia di modificazioni, alla via addominale si cercò sostituire la vaginale, opponendo la vaginofissazione alla ventrofissazione e si giunse al punto, nell'applicazione di tali processi operativi, da sorpassare di troppo, nelle indicazioni, i limiti stretti posti dai primi divulgatori di essi. Accaniti oppositori sorsero da qualche tempo contro tale abuso e come sempre, eccedendosi nella reazione, si vollero (3) respingere del tutto, o quasi, tali interventi.

La questione più grave portata in campo contro la isteropessi ad-

---

(1) Köberle (de Strasbourg). « Gastrotomie dans un cas de Rétroversion de la matrice. » *Gazette médicale de Strasbourg*, pag. 28, N. 3, 1.° Marzo 1877 (citato dal Baudoin).

(2) Marion Sims. « Remarks on Battey's Operation. » *The British medical Journal*, N. 8, Dicembre 1877, e N. 15 e 22 Dicembre, pag. 841 e 881.

Il 27 Marzo 69 il Köberle fece la isteropessi di proposito deliberato con ooforectomia supplementare; il 18 Febbraio 75 M. Sims, in occasione di un'ooforectomia, eseguì un'isteropessi complementare. Basti accennare alla molto discussa priorità del Sims stesso, per la proposta fatta fin dal 1859 d'un processo speciale di isteropessi estraperitoneale, processo che per altre non fu posto in esecuzione.

(3) Abel. « Eine neue Indication zur Sectio Caesarea nach Porro. » *Berliner Klinische Wochenschrift*, N. 13, 1896.

dominale e vaginale si basa sui risultati remoti di tali operazioni, specialmente per ciò che riguarda la gravidanza ed il parto che a quelle susseguono. Tale questione mi propongo di studiare basandomi su alcune osservazioni raccolte tra le operate dell'egregio mio maestro prof. Mangiagalli, e sulla numerosa serie dei casi pubblicati di cui potei venire a cognizione.

Il Baudoin (1), certo tra i primi che s'occupò dell'argomento, non possedeva che le prime osservazioni dello Sänger e del Routier, dalle quali egli deduceva la possibilità della gravidanza dopo l'isteropessi, non solo, ma la possibilità che questa avvenisse in donne prima nullipare e conchiudeva: « valer meglio correre la possibilità d'una gravidanza con un utero fissato che con un utero retroflesso. » Gottschalk (2) al contrario, in seguito ad un aborto osservato dopo l'operazione, sconsiglia l'isteropessi e ancora più decisamente contrario vi si mostra il Küstner (3), basandosi pure sopra un'osservazione personale. Lo Sänger oppone al Gottschalk (4) di non aver studiato nel suo caso altra causa possibile dell'aborto. Poco valore aveva pure il caso del Küstner (5) trattandosi di isteropessi secondaria ad enucleazione di mioma, in utero già gravido. Sänger (6) crede al contrario che l'operazione non nuoccia in nessun modo alla gravidanza: fa notare la sorprendente frequenza delle gravidanze dopo ventrofissazione conservatrice; non sa ancora ben definire quale dei due metodi, quello di fissazione diretta o quello indiretto, sia il migliore; però crede la sutura dell'utero più nociva di quella dei legamenti larghi. Il Veit (7) consiglia l'operazione onde allontanare possibilmente la sterilità, qualora si presuma derivi dalla deviazione dell'utero. Il Cuzzi (8), pur non avendo ancora osservazioni personali, è assai chiaro e preciso nel suo giudizio: « non è inverosimile, egli dice, che le create aderenze possano essere causa d'aborto, ma puossi escludere che l'aborto abbia ad accadere senza dubbio.... » Il

---

(1) BAUDOIN. « Hystéropexie abdomin. ant. et opération, etc. » Paris, 1890.

(2) *Centralblatt für Gynaekologie*, 1891, N. 8.

(3) *Centralblatt fur Gyn.*, 1891, N. 16.

(4) *Centralblatt f. Gyn.*, 1891.

(5) *Centr. f. Gyn.*, 1889, N. 32.

(6) *Centr. f. Gyn.*, 1891, N. 16.

(7) *Centralblatt f. Gyn.*, 1890, N. 44.

(8) *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1890 e *Bollettino della Poliambulanza*, 1889, fasc. 8.

Leopold (1) crede che la ventrofissazione non disturbi il parto nè il normale decorso della gravidanza. Il Labusquière (2), in donne capaci di gravidanze, ammette possibili complicanze dopo l'isteropessi, perciò limita le indicazioni solo al caso di retrodeviazioni fisse con accidenti gravi. L'Olshausen (3) nelle sue varie pubblicazioni è assai severo nel limitare l'intervento, esclude però debba seguire necessariamente l'aborto e preferisce il processo indiretto al diretto. N. Flaischlen, il Löhlein, il Pozzi (4) si mostrano favorevoli all'operazione anche avuto riguardo alle possibili gravidanze successive, pur mantenendo le indicazioni dentro i limiti ben stretti. Il Léon (5) inspirato alle idee del prof. Laroyenne, dal complesso di 36 osservazioni da lui raccolte deduce, non solo la possibilità, ma la probabilità grande che le gravidanze decorrano affatto normali dopo l'isteropessi, pur che si eseguisca questa con alcuni criterii speciali. Tra gli ultimi il Miländer (6) raccoglie una serie di 74 gravidanze con esito di parto a termine e dalla loro osservazione conclude: « la ventrofissazione non disturba la concezione e per lo più nemmeno l'ulteriore sviluppo del feto fino al termine; tutt'al più solo in caso che le aderenze non cedano, l'utero, non potendosi distendere in senso longitudinale, lo fa in un'altra direzione, lateralmente e favorirà così anomalie di presentazione. Dei nostri autori il Bastianelli fino dal 1890 voleva si cercasse una modificazione nella sutura dell'utero la quale rendesse le aderenze facilmente distendibili per l'eventualità di possibili gravidanze, preferendo a questo proposito il metodo diretto. Tali modificazioni per rendere le aderenze più distendibili e tali da impacciare il meno possibile l'utero nel suo sviluppo introdusse, come vedremo, il prof. Mangiagalli, fino dalle prime sue operazioni (nel 1889). Dalle ultime pubblicazioni del Bastianelli (7) appare come egli non abbia gran timore di provocare adesioni ben solide e ciononostante può concludere che « se è bene conoscere che

---

(1) *Centralblatt f. Gyn.*, 1891.

(2) *Annales d'Obstétrique*, 1891.

(3) *Zeitschrift f. Geburtshülfe und Gyn.*, vol. LII e discussione Società Berlino, 1892.

(4) *Centralblatt f. Gyn.*, 1891, 1895, N. 52 — *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, 1894.

(5) H. Léon. « Des résultats éloignés de l'Histéropexie abd. antérieure au point de vue de la grossesse. » Thèse, Lyon, 1894.

(6) *Zeitschrift f. Geburtshülfe und Gyn.*, 1895, vol. XXXIII, Heft 3.

(7) *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, Febbraio 1896.

non sempre la gravidanza può decorrere indifferente dopo l'operazione, pure non bisogna dare a ciò troppo peso. »

Per ciò che riguarda la vaginofissazione in rapporto colle gravidanze successive, havvi ancor qui una schiera di caldi sostenitori dell'innocuità dell'operazione a tal riguardo, cui fa riscontro una più numerosa di oppositori accaniti. Lo Schultze sconsiglia l'operazione in donne che possono divenire gravide: il Makenrodt (1) dopo una serie di tentativi e di variazioni di processi (2), conclude sconsigliando l'operazione, tanto più quanto maggiore è la speranza che si possa avere concezione (3); in special modo a questo proposito sconsiglia la vaginofissazione intraperitoneale. Lo Strassmann (4) riferisce due osservazioni dalle quali conclude « essere più grave il decorso del parto dopo la vaginofissazione che non dopo la ventrofissazione, e doversi avere il massimo riguardo nell'usare le fissazioni vaginali. » Nella discussione in proposito fattasi alla Società di ginecologia di Berlino, il Kossmann (5) disse non credere giusto l'abbandono della vaginofissazione, quando si faccia colle dovute norme. Il Wertheim (6) si dimostra contrario a tali operazioni, coi processi sinora in voga, in donne capaci di concepire, desiderando una modificazione che lasci libero lo sviluppo dell'utero, ed a questo scopo sono rivolti i suoi tentativi di fissazione vaginale dei legamenti rotondi. Il Dührssen finalmente difende la propria creazione da tutti questi attacchi: già negli anni scorsi aveva con osservazioni sulle sue operate sostenuto che l'operazione favorisce la concezione ed il decorso normale delle gravidanze; ei vide concezioni in casi di sterilità antecedente, ei vide parti a termine in donne che prima avevano abortito (7). Ultimamente si ribella poi alla quasi unanime disapprovazione della vaginofissazione intraperitoneale: migliora il suo processo e conclude (basandosi su 27 gravidanze e 16 parti tutti normali susseguenti al primo processo, senz'apertura della plica vescico-uterina, e su 17 gravidanze e 7 parti seguiti al processo intraperitoneale):

---

(1) *Zeitschrift*, 1892. — *Centralblatt f. Gin.*, 1895, N. 52.

(2) *Berliner Klin. Woch.*, 1895, N. 31.

(3) *Zeitschrift f. Geb.*, 1895, vol. XXXIII.

(4) *Archiv f. Geb, und Gin.*, vol. 42.

(5) *Centr. f. Gin.*, 1895, N. 52.

(6) *Centr. f. Gin.*, 1896, N. 2 e N. 10.

(7) *Archiv f. G. und G.*, vol. 24, 47.

i disturbi conosciuti dopo la vaginofissazione si possono evitare del tutto o felicemente superare: *evitare* per mezzo della vaginofissazione senza apertura del peritoneo o col suo processo intraperitoneale modificato (colla sola sutura del fondo e isolata chiusura della plica), *superare* con una pronta dilatazione artificiale dell'orificio uterino. Non crede si possa abbandonare la vaginofissazione, specialmente là dove i pessari più non servono. A quelli che gli oppongono come mezzo migliore il pessario, egli risponde che ad un caso di disturbi nel parto per vaginofissazione (1) può egli opporre dieci e più casi (?) in cui per la cura coi pessari s'ebbero processi infiammatori addominali. Una tale donna sta assai peggio quindi di una che sia liberata colla vaginofissazione dai suoi disturbi ed alla peggio, soltanto in occasione d'un parto può correre il rischio di dover essere liberata artificialmente.... Egli poi avendo osservato una serie di parti normali dopo l'operazione in donne che prima avevano soltanto abortito od erano sterili, rimane fermo nel suo parere che la vaginofissazione, sia col processo extraperitoneale che con quello intraperitoneale, favorisce il subentrare della gravidanza ed il suo decorso normale.

Come si vede il campo è diviso ed assai difficile è il farsi un'idea chiara dello stato della questione, se non si raccolgono tutti i fatti e non si esaminano diligentemente e senza preconcetti.

Comincierò coll'esporre una serie di casi da me osservati. Si tratta di pazienti operate dal prof. Mangiagalli la maggior parte, una dal prof. Cuzzi ed una dal prof. Acconci, pazienti che ho potuto io stesso vedere o di cui ho avuto notizia per mezzo di medici e levatrici che assisterono ai parti.

Isteropessi.

1.ª N. N., d'anni 34, contadina, ricoverò la prima volta nella Clinica nel Marzo 1889 dopo aver avuto due aborti: dopo l'ultimo aborto, avvenuto due anni prima, dolori continui alla regione iliaca di destra e continue profuse emorragie. Diagnosi: *retroflessione fissa.* Le fu eseguito il raschiamento. Nessun miglioramento. Ritorna in Clinica dove l'esame nella narcosi fa rilevare oltre alla retroflessione un piccolo tumore ovarico del lato destro di consistenza cistica. Laparo-

(1) *Berliner Klinische Wochenschrift,* 1896, N. 13 e 14.

tomia 6 Aprile 1889 (operatore prof. Cuzzi): « si solleva l'ovaio destro che si trova ingrossato, cistico del volume d'un uovo di gallina colla tuba corrispondente e col fondo dell'utero che era retroflesso e fisso da aderenze poco tenaci. Si allaccia il peduncolo fatto dal legamento utero-ovarico e dalla tuba, il *moncone viene fissato con un punto di seta al peritoneo parietale* del lato destro a circa 2 cm. dal margine della ferita. Sutura delle pareti. All'esplorazione si constata che l'utero è in posto, il collo portato all'indietro coll'orificio che prospetta la concavità sacrale. » Al 24 Aprile viene applicato un pessario che si toglie il 15 Maggio quando la paziente esce completamente guarita. Il 12 Aprile 1890 riferisce d'aver abortito 2 giorni prima, l'aborto sarebbe stato al 3.° mese: l'*utero è di nuovo in retroversione* onde raddrizzamento e pessario. Nel Giugno 1890 di nuovo gravida. Durante la gravidanza la donna sentì sempre dolori al quadrante addominale sinistro e regione iliaca sinistra. Qualche disturbo nella minzione. 13 Marzo 1891. *Ore 3 ant.* inizio travaglio, 10,30 rottura membrane, espulsione del feto ore 11,05, secondamento dopo sette minuti. Presentazione O. I. D. P., feto vivo del peso di 2450, lunghezza 44 cm., al 25 Giugno ricovera in Clinica per perdite sanguigne. Utero in retroversione. Raschiamento e pessario. Nel Febbraio 1894 2.° parto (a casa sua) a termine, quasi precipitoso, feto piccolo. 3.° parto a termine 17 Gennaio 1896, normale (a casa). Ambedue i puerperii febbrili con dolori al basso ventre: ricovera perciò in Clinica, dove all'esame fatto il 12 Febbraio 1896 trovo: collo dell'utero completamente rifatto in avanti, utero grosso come un'arancia all'*indietro,* mobile, nello spessore del legamento largo di destra sentesi un nodo che pare di natura infiammatoria. *Non si possono rilevare aderenze alla parete addominale anteriore.*

2.ª Brambilla Teresa, d'anni 22, di Bornago, entrata il 16 Gennaio 1892, una gravidanza con parto normale nel Febbraio 1891. Dal parto datano i suoi disturbi: senso di peso ai genitali, difficoltà nella deambulazione. A casa applicazione di svariati pessarii *non tollerati,* desidera un'operazione. All'esame « utero leggermente aumentato di volume nel suo corpo in *retroflessione,* mobile, riducibile. » Nulla agli annessi, 3 Febbraio *laparotomia* (operatore prof. Mangiagalli). Dilatazione del collo, irrigazioni endouterine e colla sonda stessa del Bozeman si raddrizza l'utero. Sulla sua scorta incisione di 5 cm. degli strati esterni, di tre del peritoneo. Inciso questo si trova accavallato sull'utero un'ansa intestinale non distesa da gaz: nell'incisione del peritoneo parietale si smagliò il mesenterio in un punto per cui si applicò una sutura. Quattro punti fanno aderire il peritoneo parietale al corpo uterino. Sutura a punti staccati dagli altri strati. Decorso apirettico. La paziente esce guarita il 21 Febbraio: all'uscita l'utero si mantiene in antiversione perfetta. Ho notizie della paziente dal dott. Marla il quale scrive: « La

B. T. dal 92 in poi *fu gravida due volte* e condusse *a termine felicemente* la gravidanza senza alcun inconveniente ....non m' è stato possibile visitare la paziente, ma inclino a crederla in condizioni normali per il suo stato floridissimo di salute, senza alcun accenno alle multiformi molestie consensuali a siffatte alterazioni. »

3.ª Forti Filippa, d'anni 30, levatrice, di Vittuone. Entrata il 5 Settembre 1893, pregresse 4 gravidanze a termine. Parti e puerperii regolari, un parto prematuro, due aborti di tre mesi. Ultimo aborto data da 6 mesi. Da un mese dolori ai lombi, al basso ventre, perdite scarse, mestruazioni regolari. All'esame: porzione vaginale del collo a 3 cm. dall'anello vulvare. Utero in retroflessione col corpo nello scavo per retrazione della plica del Douglas: nel fornice laterale destro si sente l'ovaio ingrossato di volume a superficie irregolare, indolente. Diagnosi: *Retroflessione,* perimetrite, prolasso ovaio destro. Nella sua degenza presenta fenomeni nervosi. Non ritiene il pessario. Al 4 Ottobre operazione (prof. Mangiagalli). Aderenze piuttosto lasse costituite da un reticolo fibrillare che fissa l'utero in retroflessione e l'ovaio destro nello spazio del Douglas. Riesce facilissimo, separati dalle aderenze, trarre utero e ovaio nella breccia addominale. Una piccola cisti sierosa dell'ovaio di destra si rompe durante queste manovre: si fissa l'utero al peritoneo parietale *con sei punti staccati* in seta, dopo essersi assicurati che, fissato così l'utero, l'ovaio non ridiscende nello spazio del Douglas. Decorso affatto normale salvo alcuni lievi dolori alla cicatrice: uscita il 29 Ottobre, guarita. Gravidanza nel Febbraio 1894 e parto spontaneo in presentazione vertice il 17 Dicembre, dopo il qual parto si constata la fissazione. Seconda gravidanza con parto spontaneo per il vertice il 6 Gennaio 1896. Constatata la fissazione.

4.ª Perelli Francesca, d'anni 34, entrata nel Comparto Ostetrico-Ginecologico di Milano il 17 Giugno 1894, maritata, *nullipara;* da due anni dolori alle reni ed al quadrante inferiore di destra, leucorrea: curata con tamponi d'ittiolo, lavature d'acqua salata, nessun giovamento. Esame: alla regione epicolica destra, colla palpazione si riesce ad avvertire un corpo nel quale si possono rilevare i caratteri di un rene mobile: al riscontro vaginale utero in retroflessione, un po' aumentato nel corpo fisso da aderenze, reliquati di perimetrite posteriore, dolente. 3 Luglio, *laparotomia* (operatore prof. Mangiagalli). Incisione di cm. 6. Levate le aderenze che vincolano l'utero all'indietro ed ambo gli annessi (sani) si fa la fissazione dell'utero con *tre punti di sutura utero-peritoneali.* Il resto della breccia è chiuso con punti staccati. Decorso postoperatorio apirettico. Esce il 21 Luglio 1894. Nel Marzo 1896 la paziente mi riferisce essere essa completamente guarita dai suoi disturbi: scomparsi i dolori lombari e addominali. Ultima mestruazione

20 Gennaio 1895, nessun disturbo speciale nella gravidanza. Per ciò che concerne il decorso del parto scrive il dottor Terzaghi che l'ha assistita: « Il travaglio s'è iniziato la sera del 5 Novembre con dolori regolari e buoni dapprima, di poi deboli con pause assai lunghe: Presentazione vertice in O. I. S. A.; la mattina successiva la dilatazione del collo di soli 2 a 3 cm. Rottura del sacco amniotico dopo mezzogiorno, spontanea dilatazione di 7 cm.; verso sera dilatazione completa e contrazioni uterine discrete. Ciononostante non progredendo l'espulsione per la resistenza del perineo (primipara di 34 anni) ed il battito fetale facendosi frequente, applicazione di *forcipe,* diretta, dopo compiuto il movimento di rotazione. Opponendosi sempre il perineo assai rigido, abbassata la testa all'anello vulvare iniziandosi una lacerazione perineale malgrado lo si sostenesse con cura, doppia episiotomia. Secondamento dopo 1[2 ora *alla Credè.* Lieve metrorragia da inerzia, irrigazioni calde e segale cornuta. Episiorafia. Puerperio apirettico, guarigione *per primam* dell'episiotomia. Bambina di sviluppo normale, lievemente asfittica, si rimette bene. » Nei primi d'Aprile 1896 all'esame: utero *fissato* alla parete addominale. Nulla d'anormale nè all'esplorazione, nè all'esame addominale.

5.ª Albrisi Luigia, d'anni 26, cucitrice, ricoverata nel Comparto Ostetrico-Ginecologico dell'Ospedale di Milano il 3 Settembre 1894. Una gravidanza pregressa con esito di parto a termine e tre terminate con aborto al 3.º mese, ultimo 50 giorni prima: da allora perdite e dolori a tipo espulsivo. All'esame: utero aumentato di volume nel corpo e nel collo in retroversione fissa. 26 Sett. *laparotomia* (operatore prof. Mangiagalli): Incisione di circa 8 cm., lacerazione delle fitte e numerose aderenze poster. Si porta l'utero in antiversione e si applicano *tre punti di sutura perduta attraverso il peritoneo parietale* e la faccia anteriore dell'utero con seta del N. 3. Poi sutura pareti. Decorso normale, al 21 Ottobre, all'uscita si ritrova l'utero dotato di discreta mobilità in *antiversione.* Vedo la paziente nel Marzo 1896: si dice completamente guarita essendo scomparsi i disturbi di prima e le mestruazioni essendosi fatte regolari dopo l'operazione. Ora è gravida al 9.º mese. U. M. 11 Luglio 1895. Nella gravidanza notò qualche *dolore* alla parte inferiore della cicatrice: un lieve senso di stiramento e un po' di dolori alla regione lombare nei primi mesi. Lieve bruciore nel mingere. Del resto sta bene ed attende alle sue occupazioni. Il 19 Aprile 1896 scrive la levatrice: « .... il parto dell'Albrisi è stato normalissimo. Lo scolo delle acque ha avuto luogo il giorno 15 alle ore 16 con lievi dolori ed il giorno 16 alle 8 ha partorito felicemente una bambina di sana costituzione e dopo minuti dieci ha secondato bene. » All'esame fatto dal prof. Mangiagalli nel Maggio, utero ritornato in condizioni normali, si mantiene in antiversione.

VAGINOFISSAZIONI.

6.ª Ghizzoni Giuditta, d'anni 22 (1), due gravidanze precedenti, una con esito di parto prematuro al 7.º mese, l'altra abortiva al 1.º Marzo 1894. Le sofferenze risalgono all'Aprile del 1893, epoca del parto prematuro, dopo il quale ebbe dolori sacro-lombari, febbre, per il che fu curata all'Ospedale: più tardi applicazione d'un pessario non sopportato però. Si aggravarono i disturbi, dismenorrea ovarica ed uterina, stipsi, frequente minzione e dispareunia. Entrata nella Clinica Ostetrica di Genova il 1.º Maggio, all'esame: utero retroverso, solo in parte riducibile a causa di aderenze fisse: gli annessi d'ambo i lati lussati nello spazio del Douglas ma non molto aderenti. Diagnosi: metrite cronica, *retroversione fissa,* lussazione posteriore degli annessi d'ambo i lati. 3 Maggio 1894 vaginofissazione (operazione prof. Acconci) secondo il metodo del Makenrodt, previo raschiamento, apertura del Douglas e distacco delle aderenze. Decorso normale. Esce il 14 Maggio essendo completa la cicatrizzazione e l'utero mantenendosi *nella data posizione.* Il 1.º Giugno 1894 si presenta ambulatoriamente, non accusa alcun disturbo, si toglie il pessario applicato subito dopo l'operazione e si constata che *l'utero si mantiene in sito.* Il 6 Marzo 1896 si ripresenta, è amenorroica da tre mesi, è stata bene fino ad un mese e mezzo fa, da allora dolori all'ipogastrio, ai lombi ed asserisce d'essere presa da accessi febbrili vespertini. Al riscontro vaginale si trova l'utero in leggiera *antiflessione,* uniformemente ingrossato del volume d'una gravidanza di tre mesi, il collo rammollito corticalmente. Al 13 Marzo io vedo la donna all'ambulatorio ginecologico di Pavia, si conferma l'esame fatto a Genova, si aggiunge nell'anamnesi il fatto che la donna *tre mesi* dopo l'operazione ebbe *una gravidanza* che decorse *normale* con parto *a termine,* spontaneo affatto: durata del travaglio 30 ore. Nel Maggio 1896 gravidanza normale in corso al 5.º mese.

7.ª Confalonieri Paolina, d'anni 27, di Corezzana, con prolasso utero-vaginale e retroflessione. Il 6 Maggio 1894 (operatore prof. Mangiagalli) vaginopessi, colporafia anteriore e colpoperineorafia. Guarigione. Scrive il dott. Vinardi in data 3 Giugno 1896: « La donna ha partorito il 15 Gennaio 1895 un feto a termine, che vive attualmente e bene. Il parto fu piuttosto lungo, ma senza intervento ostetrico. Dopo il parto perdite bianche, salute generale abbastanza buona. Ora gravidanza normale in corso del 6.º mese. »

---

(1) La maggior parte dei particolari risguardanti questa ammalata mi vennero gentilmente comunicati dal prof. Acconci.

8.ª Vaghi Maddalena, d'anni 25, di Mozzate, entrata il 23 Maggio 1894, tre parti normali antecedenti, l'ultimo quattro anni prima. Da un anno dolori all'addome e alle reni: leucorrea, perdite sanguigne. Utero aumentato di volume in retroversione. Diagnosi: retroversione con endometrite. Al 7 Giugno operazione (prof. Mangiagalli): amputazione vaginale del collo, vaginofissazione a punti affondati in numero di tre (seta). La plica vescico-uterina si era lacerata mentre si traeva in avanti il corpo uterino. Esce guarita il 12 Luglio dopo aver avuto una bartolinite. Scrive la sua levatrice in data 3 Aprile 1896: « essa partorì per la prima volta *normalmente*, presentazione *vertice* senz'applicazione ferri nè manualità, senza perdite sanguigne, tutto regolarmente. Allattò. Ora pare di *nuovo gravida.* » In questo frattempo ebbe recidiva della bartolinite. Impossibile aver notizie dello stato dell'utero.

9.ª Barzanò Matilde, d'anni 31, di Brugherio, entrata il 19 Agosto 1894, dopo che altre volte le era stato inutilmente praticato il raschiamento per un'endometrite post abortiva. Sei gravidanze con parto normale, l'ultimo con esito d'aborto. Ammalata da 7 mesi per abbondanti perdite sanguigne alternate con perdite leucorroiche, dolori ai quadranti inferiori.... utero aumentato di volume nel corpo e nel collo, retroverso e retroflesso, riducibile, dolenti alla pressione le pieghe del Douglas, negativo l'esame degli annessi. Operazione (prof. Mangiagalli) 25 Settembre: incisione a T della parete vaginale anteriore, scollamento della vescica, colla sonda del Winter si porta l'utero in antiversione e se ne fissa la parte alta del corpo alla plica vescico-uterina mediante tre punti di sutura in seta, perduti. Esce il giorno 11 Ottobre dopo un decorso affatto regolare guarita. In data 16 Aprile 1896 scrive il dottor Cattaneo: « La Barzanò *rimase gravida qualche mese dopo* il ritorno dall'Ospedale, il parto ebbe decorso *normale* ed il bambino *nacque vivo e a termine.* » Non si hanno notizie sulle condizioni presenti dell'utero.

***

Ora riunendo le mie osservazioni a quelle che ho potuto raccogliere dalla letteratura (giovandomi tra gli altri dei lavori del Dührssen, del Miländer, dello Strassmann), ho voluto raffrontare in varii specchietti i varii casi di gravidanze e di parti osservati dopo ambe le operazioni. Laddove ho potuto dal contesto delle comunicazioni rilevare il processo operatorio, ne ho tenuto nota, come pure ho fatto di tutte quelle particolarità nelle operazioni o nel parto, che potessero avere un'importanza per l'argomento; così pure dicasi dello stato dell'utero *post partum.*

I. Gravidanze consecutive a ventr

Num. progress.	Autore	Nome, età della donna	Gravidanze antecedenti	Diagnosi	Operazione
1	Routier. Tesi Baudoin.	L. P., 24.	Due { Primo parto a termine a 21 anni feto morto. Secondo a termine feto vivo, Giugno 1887.	Retrodeviazione per tumoretto. Insorti i disturbi dopo il primo parto.	1 Dicembre 1888. Isteropessi con un sol punto di sutura col crine di Firenze con estirpaz. di cisti ovarica destra.
2	Idem, lavoro Léon. Tesi Baudoin.	N. N., 21.	2 parti a 16 e a 20 anni.	Retroflessione dopo il parto.	14 Dicembre 1889. Il fondo è fissato con un grosso filo di catgut.
3	Baudoin. Tesi.	N. N., 24.	1 parto.	*Retroflexio uteri* (gravidi?).	Processo Léopold-Pozzi con allontanamento dell'ovaio destro cistico.
4	Léopold. *Centralblatt für Gyn.*, 1891.	M. F., 40.	Nessuna.	Retroflessione irriducibile.	Febbraio 1888. Dopo tolte aderenze processo Léopold.
5	Sperling, Léopold. *Deut. Med. Wochen.*, 91, N. 5.	—	—	*Retroflexio mobilis et descensus uteri.*	Processo Léopold. La fissazione resta poi segnata da una depressione.
6	Idem.	—	—	—	Processo Léopold.
7	Gottschalk. *C. f. G.*, 91, N. 8.	G., 28.	3 parti.	Retroflessione mobile e tumore ovarico sinistro infralegamentoso.	10 Novembre 1889. Isteropessi, processo Czerny, con esportazione cisti, l'utero rimane relativamente mobile.
8	Gottschalk. *C. f. G.*, 95, N. 52.	—	—	Retroflessione.	Sul punto di fissazione vennero suturati i margini peritoneali, isolatamente e probabilmente aderenze sierose. Unilaterale esportaz annessi.

sazioni col metodo diretto.

Ultima mestruazione	Decorso della gravidanza	Parto presentazione, posizione operazioni	Feto	Esame successivo della donna
Febbraio 1889.	Normale.	31 Ottobre. Parto a termine normale.	—	10 Dicembre 1889. Utero in antiversione, sono conservate le aderenze.
1.ª gravidanza.	Idem.	Parto a termine normale.	—	—
2.ª gravidanza.	Idem.	Idem.	—	Febbraio 1893. Per laceraz. nell'ultimo parto, dolori nel camminare leggiero, grado di retroversione.
1.ª gravidanza.	Idem.	Idem.	—	—
2.ª gravidanza. V. lav. Léon.	Idem.	Idem.		
Giugno 1889	—	17 Marzo 1890. Presentazione vertice. OISA. Forcipe per rallentamento del battito fetale. Durante la contrazione le pareti addominali tese, la cicatrice s' affonda nel terzo inferiore in due punti dove si sentono due cordoni che vanno all' utero.	Prematuro gr. 2395 8 mesi e 1[2	Utero attaccato con un ponte ma mobile.
—	Normale.	Parto facile a termine. Present. vertice. Durata del travaglio otto ore. Forte emorragia da inerzia fino all'espulsione della placenta.	—	Dopo il parto il fondo a 3 dita trasverse sopra la sinfisi: la fissazione si presenta come un ponte largo 3 cm.
—	Al quinto mese si constata la fissazione.	Presentaz. vertice, parto rapido, puerperio normale.	—	10 settim. dopo il parto, evidente l' attacco dell' utero alla parete addomin. completa mobilità di questo.
1.ª gravidanza, Ottobre 1890.	Utero in massima elevazione aderente alla parete addomin. ant. Emorragie irregolari.	3 Gennaio 1891. Aborto con estrazione manuale, residui. Nell'estrazione rilevasi parete ant. grossa, la poster. sottile perchè da sola distesa.	—	—
2.ª	—	Aborto al terzo mese.	—	Si fa quindi lacerazione manuale delle aderenze nella narcosi, nonostante persiste la guarigione della retroflessione.
3.ª	—	Parto normale.		
—	Normale.	Parto a termine normale.	—	—

Num. progress.	Autore	Nome, età della donna	Gravidanze antecedenti	Diagnosi	Operazione
9	Gottschalk. *C. f. G.*, 1895, N. 52.	—	—	Retroflessione.	Sul punto di fissaziene suturati i margini periton.
10	Vlaccos. Vedi lavoro del Baudoin.	—	—	Prolasso.	?
11	Olshausen. *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, Vol. 20.	—	—	Retroflessione fissa.	4 suture seta, operatore Kaltenbach (processo estraperitoneale).
12	Olshausen. *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, Vol. 32.	N. N., 22.	2 parti.	Idem.	Processo Czerny-Léopold.
13	Kuestner. *Centr. f. Gyn.*, 91, N. 16.	—	—	Mioma uterino, già gravidanza in corso.	29 Novembre 1888. Mioma enucleasi e sutura superficie enucleazione alla parete addominale.
14	Jacquet Soc. Ginec. Berl. 27 Luglio 1892. Vedi *Zeitschrift*.	—	—	—	—
15	Jacquet, citato dal Bion. Vedi lavoro Miländer.	—	—	—	—
16	Jakobs. *Arch. de tocologie*, 1892.	V. I., 26.	—	Retroflessione aderente e dolorosa.	27 Maggio 1890. Una sutura con crine di Firenze.
17	Jakobs, citato dal Léon.	—	—	—	—
18	Idem.	—	—	—	—
19	Idem.	—	—	—	—
20	Idem.	—	—	—	—
21	Idem.	—	—	—	—
22	Idem.	--	—	—	—
23	Idem.	—	—	—	--
24	Jacquet, citato in nota nel lavoro del Miländer.	—	—	—	Processo Czerny.
25	Howitz e Mayer. *Centr. f. Gin.*, 91.	—	—	—	Processo misto « Köberle Léopold » (sutura dell'utero e del peduncolo degli annessi esportati).
26	Klotz. *Centr. f. Gyn*, 1891, N. 4.	—	—	—	Processo misto « Klotz-Léopold. »
27	Idem.	—	—	—	Idem.

LTIMA RUAZIONE	DECORSO DELLA GRAVIDANZA	PARTO PRESENTAZIONE, POSIZIONE OPERAZIONI	FETO	ESAME SUCCESSIVO DELLA DONNA
—	Normale.	Parto a termine normale assai doloroso.	—	—
—	Normale in corso ed avanzata.	Parto?	—	—
—	Normale.	23 Aprile 1890. Parto normale, puerperio pure normale.	—	4 Giugno 1890. Utero non aderente permane in antiversione.
i dopo l'o-zione.	Minaccie d'aborto.	A termine: portio appena raggiungibile coll'intera mano introdotta nella narcosi. La parete ant. del collo è molto spessa ed impedisce l'abbassarsi del capo che è in Ohrlage. Rivolgimento sui piedi. Parete post. assottigliata.	—	—
—	—	29 Dicembre 1888. Aborto 4 mesi.	—	—
—	—	Parto a termine normale.	—	Utero ritornato in retroflessione.
—	—	Parto a termine normale. Presentazione di vertice.	—	—
1890.	Lieve malessere e dolori a 3 mesi.	Marzo 1891. Parto a termine normale.	—	Giugno 1891. Presentata alla Società di Bruxelles « Utero piccolo antiverso aderente alla parete addominale. »
—	Normale.	Parto normale.	—	—
—	Idem.	Idem.	—	—
—	Idem.	Idem.	—	—
—	Idem.	Idem.	—	—
—	Idem.	Idem.	—	—
—	Idem.	Idem.	—	—
—	Idem.	Idem.	—	—
—	Idem.	Idem.	—	—
—	Idem.	Parto a termine normale.	—	Un anno dopo il parto l'utero di nuovo retroflesso.
—	Decorso gravidanza normale.	Idem.	—	Dopo il parto l'utero è in sito normale.
—	Idem.	Idem.	—	Idem.

Num. progress.	Autore	Nome, età della donna	Gravidanze antecedenti	Diagnosi	Operazione
28	Klotz. *Centr. f. Gyn.*, 1891, N. 4.	—	—	—	Processo misto Klotz-L pold.
29	Fraipont. *Arch. de tocologie*, 1891 e tesi Henry-Léon.	—	3 bambini, poi aborto per gravid. in utero retroverso.	Retroflessione (pessario inutile) e tumore addomin. cistico.	Settembre 1890. Una s sutura trasvers. al fon
30	V. Winiwarter-Fraipont. Vedi sopra.	—	—	Retroversione con degen. cistica dell'ovaio destro, prolassato nello spazio Douglas.	3 Aprile 1888. Processo berle e Léopold associ moncone esportaz., o e fondo suturati alla rete addominale. Opera V. Winiwarter.
31	Idem.	L. M., 29.	3 parti a termine, 1 aborto di 3 mesi.	Retroversione con prolasso ovaio (quindi intollerato il pessario).	15 Maggio 1889. 2 su trasversali sul fondo. ratore V. Winiwarter
32	Idem.	D. R., 22.	3 parti a termine e 2 aborti.	Dopo l'ultimo aborto forti emorragie. Retroversione e cisti ovarica grossa come un pugno.	19 Febbraio 1889. Su sul fondo.
33	Bastianelli. *Annali Ostetr. e Gin.*, Febbraio 1896.	O. C., 30.	—	Retroflessione completa e fissa.	2 Settembre 1889. Proc Léopold (varii punti per lato sotto le corna rine, 1 sul fondo, 4 sulle parete ant.), gua dopo 22 giorni.
34	Idem.	S. E., 19.	—	Retroversione completa, utero.	Processo Léopold, gu esce dopo 23 giorni.
35	—	P. R., 37.	—	Retroflessione mobile. Utero assai grosso.	20 Dicembre 1891. Pro Léopold, con cura contemporanea metri
36	N Flaischlen. *C. f. G.*, 95, N. 52, *Zeitschrift*, 94.	F. P., 30.	Un parto 8 anni prima.	Retroflessione fissa.	8 Maggio 1890. Pro Czerny con esporta annessi sinistra. Oper Carsten. Una sutura.
37	Idem.	M., 35.	Una volta nel 1882.	Retroflessione mobile.	2 Luglio 1890. Pro Czerny, 3 suture.
38	Frommel. *Zeitschrift*, 1893, Volume XXVI.	Barbara R., 25.	Un parto gemellare Gennaio 1889. Uno semplice nel Dicembre 1889.	Retroflessione fissa, ingrossamento, tuba ed ovaio a sinistra.	29 Novembre 1890. Ve proc. Léopold, scioli renze, suturasi for parte vicina dei 2 larghi alla parete a Decorso normale, so tura secondaria per scostamento dei m della ferita.
39	Sinclair - Léon. Thèse Lyon, 1894 e lav. Miländer.	L. Y.	Aborto anteced.	Retroflessione.	15 Ottobre 1891. Pr Léopold, 8 punti di

TIMA UAZIONE	DECORSO DELLA GRAVIDANZA	PARTO PRESENTAZIONE, POSIZIONE OPERAZIONI	FETO	ESAME SUCCESSIVO DELLA DONNA
—	Nel Novembre 1890 in corso gravidanza a decorso normale.	—	—	—
dopo l'o-ione.	Aprile 1891. Gravidanza in corso al 3.° e 4.° mese.	Parto normale.	—	Il risultato si mantiene buono.
esi dopo azione.	Dolori alla cicatrice nella prima metà della gravidanza.	Parto prematuro all'8.° mese.	—	Recidiva retroversione.
v. 3 mesi l'operaz.	— 1891. Gravid. in corso.	Parto prematuro al 7.° mese per manovre brutali del marito.	Bimba viva muore dopo 3 mesi	Utero dopo una buona involuzione, antiverso, completamente mobile.
dopo l'o-ione.	Pochi dolori alla prima metà della gravidanza.	5 Marzo. Parto a termine norm.	Vivo	Involuzione perfetta, l'utero non pare attaccato tra anti e retroversione.
—	Agosto 1891. Gravid. all'ottavo mese.	Parto prematuro all'8.° mese, due giorni prima della morte avvenuta per tumore cerebrale. Riferisce il prof. Pasquali: contrazioni normali, alquanto deprimenti le pareti addominali. Secondamento e retrazione utero normali.	—	La donna aveva frattanto avuto due anni di completo benessere.
—	Dolori forti.	Parto a termine normale.	—	15 Aprile 95. Sta bene, utero in buona posiz.
. 1892.	Buono.	Idem.	—	Stato presente buono.
vidanza, obr. 91.	Nulla di speciale.	Novembre 91. Parto spontaneo.	—	Maggio 92. Utero antiflesso.
	—	Novembre 93. Parto pure norm.	—	Antiflessione, non si sente la fissazione.
ore 1890.	Idem.	3 Luglio 91. Presentazione trasversale. Rivolgim. ed estrazione eseguito dalla levatrice.	Morto durante rivolg.	Maggio 92. Antiflessione. Marzo 93. Prolasso per vag. post. onde colporafia e perineoplastica.
—	10 Novembre 1892. Utero fisso alla parete addominale d'ambo i lati, 2 cordoni d'aderenze verso le regioni inguinali. A quest'epoca si presenta all'ingresso del bacino il vertice, testa mobile.	20 Aprile 93. Prima 2.ª presentazione vertice, testa mobile, poi presentaz. podalica varietà piedi (poca emorragia nel secondamento, involuzione regolare). Estrazione. Durata del travaglio 2 ore e 1/2.	—	Si palpa alla parete ant. dell'utero un cordone che va alla parete addominale.
vidanza.	Normale, solo lieve stiramento alla cicatrice.	Parto normale.	—	Lieve cistite, l'utero resta in buona posizione.
	— Gravidanza in corso.	Aborto durante influenza.		

Num. progress.	Autore	Nome, età della donna	Gravidanze antecedenti	Diagnosi	Operazione
40	Sinclair - Léon. Thèse Lyon, 1894 e lav. Miländer.	H. M., 30.	—	Retroflessione.	Processo Léopold.
41	Edebohls. *Centr. f. Gin.*, 94, N. 24, *Soc. New-Jork*, 93.	N. N., 25.	2 gravidanze.	Retro..... acquisita dell'ultima gravidanza, collo lacerato ed ipertrofico.	3 punti sutura con silkw esport. d'una piccola ovarica (insieme nefror raschiamento, perineor amputazione collo, rac ciamento legam. roton
42	Idem.	—	—	—	Dopo che nel tentare l' razione d'Alexander a lacerato il legam. rot (colporafia e perforaz dell'utero col cucchiai raschiamento).
43	Edebohls. *Centr. f. Gin.*, 95, N. 1.	—	—	Retro..... con vizio mitralico.	Con esportazione un o ed amputazione del co
44	Idem.	—	—	—	—
45	Edebohls. Cit. nel del lav. Miländer.	—	—	—	—
46	Idem.	—	—	—	—
47	Loehlein. *Centr. f. Gin.*, 95, N. 12. *Deut. med. Woch.*, 1894.	—	2 gravidanze dopo la prima, prolasso (colpoperineorafia), dopo il secondo parto di nuovo prolasso.	Retroflessione, utero e prolasso.	La parte super. della f ant. del corpo dell' fissata con 2 suture d' i lati.
48	Idem.	—	—	Mioma.	L' operazione è secon a miomectomia (sol sicurezza contro emor e infezione).
49	Condamin. *Revue méd.*, 95, N. 10 e *C. f. G.*, 95, N. 33.	—	3 gravidanze normali. Nell' ultimo parto, lacerazioni perineali con *descensus uteri* e cistocele.	—	Processo Laroyenne.
50	Gouilloud. *Revue méd.*, 95, N. 10 e *C. f. G.*, 95, N. 33. Thèse Berruyer.	M. R., 21.	Un aborto.	—	27 Maggio 1891. Iden
51	Idem.	—	—	—	Idem.
52	Idem.	—	—	—	Idem.
53	H. Léon. Tesi e *Rev. méd.*, 95, N 6.	—	Prima 2 parti a termine, poi aborto e 7 mesi e 1[2 fa ultimo parto a termine.	Retroversione con un certo grado di retroflessione.	10 Luglio 1892. Pro Laroyenne. Operato royenne.

TIMA UAZIONE	DECORSO DELLA GRAVIDANZA	PARTO PRESENTAZIONE, POSIZIONE OPERAZIONI	FETO	ESAME SUCCESSIVO DELLA DONNA
—	19 Marzo 1894. In corso gravidanza al settimo mese e 1[2. Gravi disturbi primi mesi.	—	—	—
—	Solo leggiero ispessimento del tessuto al punto fissato.	15 mesi dopo l'operazione parto normale. *Centr. f. Gin.*, 95, N. 1.	—	Dopo un anno utero di grossezza normale, antiverso, mobile, altezza normale nel bacino, fondo fisso saldamente alla cicatrice addominale.
—	Alla fine gravid. senza disturbi. *C. f. G.*, 94.	Parto a termine. *C. f. G.*, 95, N. 1.	—	—
—	Morte improvvisa per vizio di cuore, mentre la gravidanza è al 7.0 mese e l'utero è sviluppato solo a spese della parete poster.	—	—	—
—	—	Parto a termine.	—	—
—	Gravidanza in corso.	—	—	—
—	Idem.	—	—	—
—	Primi 3 o 4 mesi vomiti incoercibili (donna delicata e nervosa).	Parto a termine normale, puerperio fisiologico, travaglio dura 7 ore. Nel puerperio si può seguire l'involuzione del cordone di unione.	—	8 sett. dopo, utero antiflesso, cordone d'adesione tra fondo e parete arriva 3 cm. sopra estremo superiore cicatrice.
—	Vomiti nei 3 primi mesi (tubercolotica).	Parto a termine. Forcipe.	—	Un anno dopo utero mobile.
—	In corso gravidanza al sesto mese, che non dà altre manifestazioni all'infuori di dolori alla cicatrice. Utero ader. alla parete ant. addom.	—	—	—
	Normale Nov. 1894.	Parto a termine normale.	—	—
	Idem.	Idem.	—	—
	Idem.	Idem.	—	—
	Idem.	Idem.	—	—

Num. progress.	Autore	Nome, età della donna	Gravidanze antecedenti	Diagnosi	Operazione
54	H. Léon. Tesi e *Rev. méd.*, 95, N. 6	V. P., 20.	2 parti a termine ed un aborto a 1 mese e 1|2, 8 mesi fa.	Retroflessione.	Procedimento Czerny. seguiti precetti Larove e suturato fondo anz parete ant., utero.
55	Idem.	S. M., 27.	Aborto di 3 mesi.	Retroversione fissa.	25 Marzo 1891. Proce Czerny. Come sopra s rato fondo, avvivam della faccia ant. dell'u per 3 cm. Oper. Gouil
56	Poltovicz. *Revue méd. de la Suisse Romaine*, 95 e lav. Miländer.	—	—	—	Procedimento Czerny n 3 suture attraverso l scia *ventri*, muscolatu peritoneo abbracianti f e faccia anteriore fi collo.
57	Idem.	—	—	—	Procedimento Czerny.
58	Idem.	—	—	—	Idem.
59	Chaput. Lav. del Léon e Miländer.	R., 31.	2 parti, l'uno a 20, l'altro a 28 anni.	Dal Giugno 1890 metrorragia e dolori per retroflessione.	Procedimento Czerny castrazione unilatera.
60	Slavianski. Lav. del Léon e Miländer.	—	—	—	—
61	Bar. Lav. del Léon e Miländer.	N. N., 24.	—	Retroflessione.	Operatore G. Marchar
62	Pinard. V. lavori Léon e Miländer.	—	Grav. antecedenti.	—	Procedimento Terrier
63	Bion. *C. f. G.* 1895, N. 42.	—	—	—	Procedimento Czerny o tre suture.
64	Idem.	—	—	—	Procedimento Czerny
65	Idem.	—	—	—	Idem.
66	Gubarow. *Semaine méd.*, 5 Giugno 1895.	N. N., 23.	—	Retroflessione.	91. Sutura del fondo golo inf. della ferit punti di fil di Fire

TIMA UAZIONE	DECORSO DELLA GRAVIDANZA	PARTO PRESENTAZIONE, POSIZIONE OPERAZIONI	FETO	ESAME SUCCESSIVO DELLA DONNA
—	—	12 Febbraio 1891. Aborto al primo mese.	—	La fissazione è solida come in quelle appena operate.
vidanza.	—	15 Marzo 1892. Aborto di 2 mesi e 1[2.	—	Adesioni non distese.
	—	Agosto 93. Parto a termine normale, durata dolori forti 2 ore.	—	Utero fisso alla parete addominale.
	—	Parto normale.	—	
—	—	Per estese aderenze impossibile il parto. Utero elevato, collo in alto. *Sectio caesarea* quasi estraperitoneale per le aderenze.	—	—
—	—	Parto a termine, presentazione vertice, forcipe.	—	—
—	—	Parto a termine, forcipe.	—	—
—	Normale, minzioni frequenti.	Novembre 1892. Parto a termine normale.	—	Utero rimane in buona posizione.
—	Normale.	Parto a termine normale.	—	Conservate adesioni.
—	Dolori in gravidanza.	Parto a termine, emorragia nel parto.	—	Utero rimane in buona posizione.
dopo.	Normale decorso gravidanza.	Parto a termine. A ciascuna contrazione s'affonda la parete addominale a livello della cicatrice, cintura eutocica, la testa non si impegna che a dilatazione completa.	—	Le aderenze non sono rotte e l'utero rimane in buona posizione.
—	In corso gravidanza normale.	—	—	—
—	In corso normale.	—	—	—
—	Idem.	—	—	—
—	Utero a sviluppo trasversale, fondo dell'utero a due dita sopra il pube, forma d'uovo. Bacino normale.	Presentazione spalla in C. I. D., dorso posteriore. Ipertrofici i legamenti rotondi: aderente all'utero la cicatrice per tutta la sua estensione. Si raggiunge la *portio* in alto assai e solo colla mano introdotta nella narcosi. Dolori deboli. Albumina nelle urine, manca dilatazione. Non riuscendo versione esterna si fa, essendo alterati i toni fetali, il « taglio cesareo. » Si taglia un cordone che va dalla cicatrice all'utero, si dilata il collo per facilitare lo scolo dei lochii.	—	Utero di nuovo aderente alla parete ant. dell'addome.

Num. progress.	Autore	Nome, età della donna	Gravidanze antecedenti	Diagnosi	Operazione
67	Strassmann. Lavoro suo. *Archiv f. G. und Gin.*, Volume 48.	Kotzam, 36.	5 { 1. forcipe 2. aborto 3. spontaneo 4. forcipe 5. forcipe.	—	28 Marzo 1893. Procedim to Czerny, 3 punti di c gut previo raschiamento esportazione cisti ovar sanguigna a destra. Ope tore Dührssen.
68	Strassmann. *Archiv*, Vol. 48.	—	—	—	A causa del formarsi d' fistola si hanno forti s renze (operate altrove)
69	Milaender - Gubarow. *Zeitschr.*, XXXII.	A. S., 42.	11 parti anteced. normali, puerperii fisiologici, 3.° parto gemellare. ultimo parto nel Marzo 1892.	5 Maggio 1893. Prolasso da 10 anni, peggiorato dopo ogni parto, dall'ultimo (Marzo 92) datano le maggiori sofferenze. Diagnosi: « Prolasso totale vagina ed utero. »	19 Maggio 1893. Proce Léopold, 4 suture attra so al peritoneo, fasci e scolatura. Aggiunta: porrafia ant. e post. (ratore prof. Küstner.
70	Idem.	K. I., 28.	5 antecedenti, di cui una abortiva, le altre normali a termine.	Retroflessione e prolasso parete vaginale posteriore.	Procedimento Léopold. ratore prof. Küstner.
71	Abel. *Berl. Klin. Woch.*, 1896, N. 12.	N. N., 35.	Una gravidanza 4 anni prima della operazione.	Retroflessione irriducibile col pessario per preced. amp. del collo.	—

Ultima truazione	Decorso della gravidanza	Parto presentazione, posizione operazioni	Feto	Esame successivo della donna
iugno 1894	Normale. Misure bacino Sp. 22, Cr. 26, bitr. 30, CE. 20.	8 Marzo 95. Vertice in O. I. D. P., ballottamento testa sopra l' ingresso del bacino. Forcipe. Durata travaglio 15 ore. Mancando retrazione, emorragia che si arresta con fasciatura.	Femmina viva.	Giugno 95. Prolasso parete vaginale ant., *portio* in alto e avanti. Lacerazione bilaterale, solida cicatrice laparotomica. Utero ventroflesso l. 7 cm. 1|2. Ovaio grosso come mela.
—	—	Dopo parecchi giorni si dilatò finalmente la bocca uterina e fu possibile rivolgimento.	—	—
—	Natale del 1894 primi movimenti fetali. Misure bacino: Sp. 26, Cr. 22 1|2, bitr. 31, Baud. 20, Circonf. pelvica 102.	Notte 23 Marzo 95. Rottura membrane dopo pochi dolori, al mattino. Presentazione spalla in C. I. D., dorso post., l'utero arriva a due dita sopra l'omb., le aderenze raggiungono limite superiore cicatrice, infossamento nel mezzo della cicatrice; il fondo è a due dita sotto l' ombelico (punto inserzione leg. rotondi). Collo fisso al promontorio, difficile a raggiungere: spesso il labbro anteriore, canale cervicale permeabile a 2 dita, scomparso fornice posteriore. Dolori deboli dalle 9 alle 12. Inutile il pallone Charpentier, alle 5 tolto questo, canale cervicale permeabile solo a tre dita. Dilatazione manuale in profonda narcosi, versione prudente sul piede superiore e difficile estrazione. Secondamento alla Credé. Puerperio normale. Lacerazione perineale guarita dopo perineorafia.	Debolmente asfittica, l. 45 cm., p. 3300 gr. Circ. capo 34 cm. Diametro capo 8 1|2. 9 1|2, 11 1|2.	All' uscita: fondo utero 3 dita sopra la sinfisi. Utero ingrossato, mobile, fissato alla cicatrice. Porzione vaginale del collo facile a raggiungere, diretta all' indietro. Pareti vaginali flacide.
Sett. 1894	—	Parto normale, presentazione vertice. *Status* subito dopo il parto (Oss. Miländer): fondo due dita trasverse sotto l'ombellico, due dita sopra sinfisi, cicatrice aderente alla parete ant. dell'utero. Pareti ivi alquanto introflesse. Utero mobile lateralmente, tendendosi cordoni di adesione e stirandosi la cicatrice. Puerperio fisiologico.	Bimba a term.	Al nono giorno utero grosso, il fondo 2 dita sopra sinfisi, fissato alla parete addominale, *portio* guarda il sacro e si raggiunge tosto. Utero mobile.
--	—	Acque in parte fuoruscite con un po' di meconio, vagina in prolasso a mo' di tubo: orificio utero a livello della penultima lombare: fondo utero all'ombellico: l'orificio uterino (dove si nota tessuto forte cicatriz. da amputazione), lascia passare solo la punta del dito: cranio del feto dietro l'orificio. Toni deboli. Taglio cesareo, estirpazione utero col metodo Porro. Le adesioni constatate tali da dover essere recise previa legatura dei vasi in esse decorrenti.	—	—

Num. progress.	Autore	Nome, età della donna	Gravidanze antecedenti	Diagnosi	Operazione
72	Bossi. Comunicazione al dott. Caneva. Aprile 1896 (inedito).	N. N.	—	—	Procedimento Terrier.
73	Osservazioni personali. Operate dal prof. Mangiagalli.	Albrisi Luigia, 26	Un parto a termine e 3 con aborto, l'ultimo 50 giorni prima.	Retroversione fissa.	26 Settembre 1894. 3 pu affondati seta compreso s peritoneo parietale, ope tore prof. Mangiagalli.
74	Idem.	Perelli Francesca, 34.	Nullipara.	Retroflessione fissa.	3 Luglio 1894. Idem.
75	Idem.	Brambilla Teresa, 22.	Una gravidanza e parto normale nel Febbraio 1891.	Dal parto. « Retroflessione mobile. »	3 Febbraio 1892. Idem.
76	Idem.	Forti Filippa, 30.	4 gravidanze a termine, parto prematuro. 2 aborti di 3 mesi. Ultimo aborto data da 6 mesi.	Retroflessione aderente (perimetrite, prolasso ovaio destro).	4 Ottobre. Idem, con 6 pur
77	Pestalozza. Comunicazione del prof. Pestalozza.	Checchi Giulia, 30.	4 gravidanze.	Retroflessione con prolasso ovaio destro.	Era già preceduta ampu zione del collo. 3 punti seta.
78	Idem.	Maria X., 40, nullipara.	—	Retroflessione fissa.	Ovarosalpingectomia des e fissazione utero con punti in seta (30 Mag 1894).
79	Van Hassel. Thèse Berruyer, pagina 120.	P. G., 27.	4 parti, 2 con forcipe, gli altri 2 con puerperio patologico.	Retroflessione aderente.	—
80	Napier e Schacht. Thèse Berruyer, p. 126.	A. M, 30.	6 gravidanze.	—	25 Febbraio 1892. 3 sut seta perdute.
81	Idem.	M. M., 31.	3 gravidanze.	Retroflessione.	3 Luglio 1891. 3 punti seta perduti.
82	Roux. Thèse Berruyer, p. 145.	D. H., 31.	Gennaio 92. Parto normale.	—	17 Novembre. Ablazio piccolo fibromioma e is ropessi con 4 punti se uno dietro il fondo.
83	Papsky. Dal *Frommel Jahresbericht*, 1894.	—	—	Retroflessione.	—

Ultima struazione	Decorso della gravidanza	Parto presentazione, posizione operazioni	Feto	Esame successivo della donna
—	Normale.	Parto normale 17 mesi dopo l'operazione.	—	—
Luglio 1895	Idem.	Parto a termine normale.	Viva sana	—
Genn. 1895	Idem.	5 Novembre 95. Present. vertice in O. I. S. A. Forcipe per inerzia del perineo rigido. Secondamento alla Credé.	Vive bene	Aprile 96. Utero in sito, fissato alla parete addominale. Nulla d'anormale nè all'esplorazione nè all'esame addominale.
gravidanza.	Idem.	Parto a termine normale.	—	La paziente è in floride condizioni, non accenna ad alcun disturbo che possa far dubitare recidiva. Sua lettera dell'Aprile 1896.
	Idem.	Idem.		
Febbr. 1894.	Idem.	17 Dicembre 94. Parto a termine normale.	—	Constatata la fissazione dell'utero (prof. Mangiagalli).
	—	6 Gennaio 96. Parto normale, presentazione vertice.	—	Idem.
Aprile 1895.	—	Parto normale, morte fortuita da causa estranea al parto.	Peso gr. 3000 Vivo	All'autopsia si constata allungamento aderenze sempre compatte però. Utero con antiflessione.
Giugno.	—	Parto normale. 7 Aprile 1895. Collo stirato posteriormente, segmento antero inferiore assai espanso. Feto in O. I. S. A. Durata del travaglio 4 ore e 1[2.	Vivo peso gr. 2600	—
—	Gravidanza normale in corso al 7.° mese.	—	—	—
—	—	1.° Maggio 1893. Parto a termine normale.	—	15 Giugno 1893. Persiste fissazione dopo una buona involuzione.
—	—	Febbraio 1893. Aborto.	—	24 Giugno 1893. Utero in buona posizione, cicatrice solida.
—	—	Parto normale.	—	—
gravidanza mesi dopo.	—	Aborto 3 mesi.	—	—
2 anni dopo.	—	Parto a termine.		

(Continua.

RASSEGNA

GOTTSCHALK. — **Ein weiterer Beitrag zur Lehre von den malignen placentarvillösen Geschwülsten** (*Nuovo contributo allo studio dei tumori maligni delle villosità placentari*). — *Archiv für Gynäkologie,* Bd. 51, pag. 56.

L'A. riferisce in questo lavoro i risultati delle sue ricerche sull'utero affetto da deciduoma maligno operato da Tannen. Il tumore, come risulta anche dalla precedente nota di Tannen, si era sviluppato in seguito ad espulsione di una mola vescicolare in una donna di 23 anni. I particolari caratteri del tumore sono costituiti: da numerosi stravasi sanguigni; da notevole copia di leucociti, polinucleati nei focolai sanguigni e nel tessuto necrotico, mononucleati e di considerevole grossezza fra le fibre muscolari; da porzioni di tessuto necrobiotico e necrotico; da una parte relativamente limitata del tumore costituente la vera neoplasia. Questa è formata da due ordini di tessuto, cioè da elementi derivati dallo strato epiteliale sinciziale dei villi coriali, e da elementi derivati dalle cellule dello strato di Langhans. L'elemento sinciziale costituisce in questo caso la parte prevalente del tumore, e sui caratteri di questo sincizio l'A. fece minute indagini, dissentendo in alcuni punti dalle opinioni di Marchand. Come carattere maligno di questo sincizio l'A. vorrebbe segnalare l'enorme contenuto cromatico della sostanza nucleare, oltre al carattere atipico e alla sua azione destruente sul tessuto organico. Gli elementi derivati dallo strato di Langhans sono rappresentati da cellule cubiche o poligonali d'aspetto epitelioide a ricco contenuto glicogenico con grossi nuclei, dei quali alcuni in scissione cariocinetica. Queste cellule trovansi non solo commiste alle forme plasmodiali, ma spesso anche raggruppate negli spazi lasciati dal sincizio, od isolate fra le fibrocellule muscolari, il che indica anche per esse una particolare e propria azione destruente. Queste cellule per i loro caratteri e per le loro proprietà non possono essere considerate come cellule deciduali di natura connettiva, nè come cellule derivanti dal sincizio, come vorrebbe il Kossmann, ma sono elementi degenerati provenienti dalle cellule dello strato di Langhans. Tanto l'elemento sinciziale quanto l'elemento cellulare derivanti dal rivestimento epiteliale del corion non si sviluppano conservando la struttura villosa, ma in modo chiaramente atipico e con particolare tendenza destruente, il che caratterizza la malignità del tumore.

In una seconda parte del lavoro l'A. viene a studiare da un punto di vista generale gli elementi che costituiscono i tumori maligni delle villosità coriali. Così nota come il reperto di forme sinciziali fra le fibre muscolari, anche nei casi in cui è preceduta una mola, non costituisce per sè stesso un segno di forma maligna. Tanto il sincizio come le cellule di Langhans possono conservare vitalità anche senza circolazione fetale purchè rimangano in intimo contatto col sangue materno. L'A., richiamando l'attenzione sul caso di sarcoma delle villosità coriali già antecedentemente pubblicato, fa osservare come i tumori maligni delle villosità coriali possano presentarsi sotto tre varietà istopatologiche, cioè essere formati dal solo elemento sinciziale, oppure dall'elemento sinciziale colle cellule dello strato di Langhans, oppure infine dagli intieri villi coriali degenerati. Così, ad es., nel caso di Fränkel si trattava di un tumore puramente sinciziale; il caso di Tannen appartiene alla seconda varietà, infine il caso da lui già antecedentemente studiato apparterrebbe alla terza varietà. Allora egli aveva chiamato il tumore sarcoma delle villosità coriali, senza voler dare alla denominazione di sarcoma alcun significato istopatologico, e considerando quel tumore come di natura mista, per la partecipazione dell'elemento mesodermale, costituente lo stroma delle villosità. È notevole il fatto che in quel caso il tessuto interpretato come lo stroma dei villi figurava soltanto nel tumore primitivo, mentre i focolai metastatici erano formati esclusivamente dallo strato plasmodiale. L'A. riferisce quindi il caso di Hartmann et Toupet che egli ritiene dal punto istopatologico identico a quello da lui descritto. Ed in base a ciò si ritiene autorizzato a concludere che pei casi preceduti da mola vescicolare sia da accettarsi l'opinione di Marchand, colla sola restrizione che talvolta il sincizio solo senza partecipazione dello strato cellulare, può costituire, come ha costituito, il *substratum* del tumore. Invece nei casi preceduti da aborti regolari o da parti, e quindi sviluppatisi da villosità fino allora normali, egli crede che una eventuale partecipazione allo stroma, e quindi una degenerazione dell'intero villo, come una particolare unità, non solo sia possibile, ma assai verosimile, quantunque anche in questi casi il tumore possa essere costituito o dal solo sincizio, o dal sincizio collo strato di Langhans senza partecipazione delle cellule dello stroma. Come denominazione generale di questo gruppo di tumori l'A. ritiene razionale quella di neoplasma maligno corio-villoso placentale.

RESINELLI.

JULIUS NEUMANN. — **Beitrag zur Lehre vom malignen Deciduom** *(Contributo allo studio del deciduoma maligno). — Monatsch. f. Geburtsh. und Gynäk.*, Bd. III, 1896, pag. 387.

L'A. studiò il caso di deciduoma maligno, già brevemente comunicato da Schauta alla Società ostetrico-ginecologica di Vienna nel Febbraio 1895. Una donna

di 29 anni, dopo aver avuto già quattro gravidanze, di cui la prima interrotta abortivamente, le altre tre giunte a termine in modo normale, rimase gravida la quinta volta nel Marzo 1894; questa gravidanza fu disturbata da ripetute emorragie, finchè nell'Ottobre successivo entrò nella Clinica di Schauta. Diagnosticata una mola vescicolare, si eseguisce lo svuotamento digitale della cavità uterina, che si tampona con garza. Riesaminata più tardi la donna, essendo sopraggiunta copiosa emorragia, si avverte l'utero ingrossato da masse molliccie, e sulla parete vaginale posteriore un nodo bluastro della grossezza di una noce. Esportati col cucchiaio alcuni pezzetti del tumore uterino, l'esame microscopico dà il reperto tipico di un sarcoma deciduale. Il 26 Novembre viene eseguita dal prof. Schauta la esportazione totale dell'utero dalla vagina, e la donna perfettamente guarita lascia la Clinica il 20 Dicembre successivo. L'A. fa una minuta descrizione della struttura istologica del tumore primitivo sviluppatosi dalla parete posteriore dell'utero, e delle metastasi nella parete uterina anteriore e nella vagina. Il tumore appare formato dalle villosità coriali degenerate in modo mixomatoso e presentanti lo stroma connettivo rivestito dal doppio strato epiteliale, lo strato cellulare di Langhans e lo strato sinciziale. In nessun punto si osserva uno sviluppo atipico dello stroma del villo. Notevole sviluppo presenta invece l'elemento sinciziale, nel quale non potè dimostrare nuclei in mitosi; numerose mitosi si trovano invece nelle cellule ectodermiche, nelle quali ottenne evidente la reazione del glicogene. Lo stroma dei villi ha una parte del tutto secondaria nel neoplasma, che è essenzialmente costituito dall'elemento epiteliale. Questo, sotto forma di masse sinciziali e di cellule epitelioidi, invade la muscolatura dell'utero e penetra nel lume dei vasi sanguigni. In un nodo metastatico sottosieroso della parete anteriore dell'utero si riscontrano pure villosità coriali degenerate con proliferazione dell'elemento epiteliale, ed elementi sinciziali vennero pure dimostrati nel nodo metastatico vaginale.

L'A. riferisce quindi la storia clinica ed i reperti microscopici di un caso di mola vescicolare destruente studiata anche da A. Illich. Una donna di 51 anni, che aveva già partorito 12 volte in modo normale, rimasta di nuovo gravida, dopo quattro mesi di quasi continue perdite sanguigne, viene sottoposta a dilatazione del canale cervicale e raschiamento della cavità uterina per esportarne una mola idatiforme: svuotato l'utero della massa vescicolare col cucchiaio, sopravviene copiosa emorragia che si mantiene ribelle ad ogni mezzo, onde si è costretti ad aprire l'addome sulla linea mediana ed a praticare l'amputazione sopravaginale dell'utero. Tre giorni dopo l'ammalata soccombe con fenomeni di collasso; all'autossia si trovò endocervicite purulenta, peritonite e pleurite sinistra purulente, pneumonite lobulare destra. Non poterono essere dimostrati focolai metastatici nè embolici negli altri organi; interessante fu invece l'esame dell'utero. In questo si trovarono ancora residui della mola, rappresentati da villi degenerati colle particolarità istologiche recentemente descritte ed illustrate da Marchand. La mancanza

completa di serotina, che appare costituita tutta dagli elementi degenerati dell'epitelio del villo, acquista in questo caso carattere di malignità, perchè collegato colla infiltrazione degli elementi del villo fra le fibre muscolari ed in particolar modo colla penetrazione di tali villosità nel lume delle vene. Riguardo alla derivazione del sincizio dall'epitelio uterino, l'A. lascia indiscussa la questione, nota soltanto come in due casi di gravidanza extrauterina, la mucosa dell'utero mentre presentava l'elemento connettivo trasformato in cellula deciduale, aveva un epitelio senza quei caratteri ammessi come modificazioni fisiologiche della gravidanza. L'A. riporta quindi la descrizione di un ovicino sviluppatosi in utero bicorne esportato per carcinoma della porzione vaginale del collo, e quella di un polipo placentare non destruente, che per gravi emorragie aveva pure richiesto l'esportazione vaginale dell'utero. Fatto rilevare i caratteri destruenti che acquistano i due rivestimenti epiteliali del villo nel deciduoma maligno, l'A. nota come la grande proliferazione che questi elementi presentano nella mola vescicolare spiega il facile succedersi del deciduoma maligno e questa particolare affezione del corion. Nota infine come i deciduomi maligni appartenenti per il riguardo istogenetico ai carcinomi, e per riguardo clinico ai sarcomi, costituiscano un gruppo di tumori affatto particolare. Alla memoria sono unite 4 tavole con accurati disegni. RESINELLI.

KARL ACZEL (Budapest). — **Ueber einen Fall von « decidualer Geschwulst »** *(Sopra un caso di tumore deciduale)*. — *Monatschrift f. Geburtshulfe u. Gynäkologie,* Bd. III, 1896, pag. 413.

L'A. riferisce un caso di tumore deciduale da lui osservato fino dal 1890 nell'Istituto anatomo-patologico di Budapest. Una donna di 22 anni dopo aver avuto due aborti, partoriva normalmente a termine un bambino vivo, che veniva a soccombere tre mesi dopo. Dopo quel parto la donna ebbe continue perdite sanguigne, per le quali venne ricoverata all'Ospedale, dove morì nove mesi dopo l'avvenuto parto: allora era stata fatta diagnosi di tubercolosi polmonare e fibroma dell'utero. All'autossia si trovò l'utero notevolmente aumentato di volume, con un nodo neoplastico ulcerato spingentesi dal fondo della cavità uterina fin contro al peritoneo sollevato e perforato al suo colmo. Altri nodi simili a questo e di aspetto emorragico si osservavano in corrispondenza della cervice, e sulla parete vaginale posteriore. Entrambi i polmoni erano infarciti di nodi metastatici, ed un nodo simile si trovava pure nella parte inferiore dell'ileo. Il tessuto fondamentale di questi nodi è ialino e fibrinoso, ed in mezzo ad esso osservansi numerosi stravasi sanguigni. Sparse qua e là o raccolte in gruppi ed in striscie si trovano cellule notevoli per la loro grandezza e per la loro forma; non si ritrovano però cellule giganti. Interessante è che in alcuni punti queste cellule sono disposte in modo da

svelare la sua struttura villosa, come si può vedere ad un attento esame. Il punto d'origine del tumore e la sua coincidenza colla gravidanza, la sua struttura, indicano che esso appartiene ai tumori così detti deciduali. L'A. si dichiara propenso a ritenere il neoplasma come appartenente al gruppo dei sarcomi, e quindi al gruppo dei tumori di tessuto connettivo. La breve memoria è corredata da 4 figure.

RESINELLI.

FREUND. — **Ueber Sarcoma deciduo-cellulare** *(Sul sarcoma deciduo-cellulare).* — *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie,* IV Kongress, 1895, pag. 635.

Una donna di 40 anni, dopo avere già avuto due parti normali, partorisce per la terza volta a termine e spontaneamente nel Luglio 1894: il parto fu rapido e la placenta venne espulsa completa subito dopo il bambino. Allattò per quattro mesi, quantunque soffrisse di continue perdite sanguigne dai genitali. Esaminata da Freund, questi constatò la esistenza di un polipo (placentare), che esportò nella narcosi, constatando che il tumore si impiantava profondamente nella parete uterina estremamente assottigliata. La donna si riebbe tosto, e Freund avvertì il medico di tenerla in osservazione, quantunque Recklinghausen all'esame del polipo esportato non avesse trovato nulla di maligno. Sette settimane dopo l'atto operativo la donna avvertì all'ostio vaginale, sulla parete posteriore, la comparsa di un piccolo nodo e pochi giorni dopo, sorpresa da emorragia, ricorse a Freund. Questi esportò il nodo ulcerato suturando la ferita risultante, che guarì completamente: in quel nodo Recklinghausen riconobbe i caratteri certi del sarcoma deciduo-cellulare. Dopo circa due settimane l'utero era grosso come in una gravidanza al quarto mese, cinque altri nodi di varia grossezza erano comparsi sulla parete vaginale collegati l'uno coll'altro, come se seguissero una medesima linea vasale. Nella narcosi si esportano i nodi vaginali, quindi si procede all'esportazione totale dell'utero dalla vagina col processo delle allacciature. L'atto operativo procede regolare, l'ammalata si ristabilisce rapidamente anche dalla profonda anemia in cui si trovava: quattro mesi e mezzo dopo l'atto operativo trovasi in buona salute e non presenta alcuna recidiva. L'esame dell'utero esportato rivela che il tumore, del volume di un uovo di gallina si attacca alla parete anteriore ed al fondo dell'utero, in parte coperto da mucosa e spingentesi fino in vicinanza alla sierosa. Esso è costituito da un tessuto rossigno, sparso di grandi e piccoli stravasi sanguigni. Il tessuto neoplastico è costituito dalle grosse cellule poliedriche caratteristiche dei tumori deciduali. Il caso merita considerazione perchè dimostra come il sarcoma deciduo-cellulare possa svilupparsi anche da resti di placenta normale di parto spontaneo ed a termine. Il caso mostra inoltre la importanza del carattere clinico di polipo

placentare destruente per il pronostico e per la indicazione di un pronto intervento operativo appena compaiano i sintomi di tumore deciduale maligno.

RESINELLI.

APFELSTEDT und ASCHOFF (Göttingen). — **Ueber bösartige Tumoren der Chorionzotten** *(Sui tumori maligni dei villi coriali).* — *Archiv für Gynäkologie,* Bd. 50, pag. 511.

Lo studio dell'argomento è fatto sulla scorta di due casi occorsi nella Clinica di Runge. Il primo caso riguarda una donna di 33 anni, che dopo due parti spontanei e normali, rimasta gravida una terza volta, dopo quattro mesi di malessere e generali sofferenze, abortì, espellendo l'uovo in totalità. Da allora le perdite sanguigne non cessarono punto e vane furono le cure mediche intraprese ed il raschiamento della cavità uterina eseguito dal medico di casa. Ricoverata nella Clinica di Runge ed esaminata nella narcosi si esporta un tumore peduncolato, che viene ritenuto per polipo fibroso e l'ammalata lascia la Clinica pochi giorni dopo. Bentosto le perdite ricompaiono, e sottoposta la donna a raschiamento, si esaminano i frammenti esportati, riconoscendo trattarsi di sarcoma deciduo-cellulare. Viene tosto dal prof. Runge eseguita la isterectomia vaginale, ma per la esistenza di focolai metastatici, l'ammalata continua a peggiorare e muore 26 giorni dopo l'operazione e 8 $^1/_2$ mesi dopo l'aborto. All'autossia si trovano focolai metastatici in entrambi i polmoni, nel fegato, nel pancreas, nel mesenterio, nell'intestino (mucosa), nelle ossa (femore).

Il secondo caso venne osservato in una donna di 42 anni, robusta, che aveva avuto già due parti a termine. Dopo circa cinque mesi di sospensione mestrua, la donna espulse spontaneamente una mola vescicolare. Otto giorni più tardi il medico è consultato per un tumore comparso al grande labbro sinistro, dove la donna già durante la gravidanza aveva avvertito dolore e gonfiore. Il puerperio fu febbrile, la donna lasciò il letto dopo sei settimane, ma continuando il tumore a crescere ricoverò nella Clinica di Runge. Il grande labbro sinistro è notevolmente tumido e fluttuante, e la tumidezza può essere seguita lungo la parete vaginale fino al fornice, occupando il connettivo paravaginale. Si giudica trattarsi di ascesso, ed incisane la parete con sorpresa si vede uscirne masse brune friabili e vescicole di mola idatigena. L'emorragia che sopravviene obbliga a tamponare la cavità. Il giorno appresso nella narcosi si constata l'utero grosso in retroflessione con infiltrazione del legamento largo sinistro. Esportati alcuni frammenti di tessuto dalla cavità uterina e sottoposti ad esame microscopico, si dimostra trattarsi di villi coriali degenerati come quelli rinvenuti nella cavità paravaginale. Le condizioni della donna peggiorano rapidamente e viene a soccombere cachettica con fenomeni piemici circa quattro mesi dopo l'espulsione della mola idatiforme. Alla necroscopia

oltre al tumore dell'utero ed alla cavità paravaginale, si trovano metastasi nei polmoni e nella milza.

L'A. fa notare come il tumore vaginale non avesse alcun rapporto diretto coll'utero, e quindi non poteva considerarsi come una diffusione del processo morboso uterino, ma bensì come un nodo neoplastico secondario. Insiste poi nel concetto che i nodi metastatici di questi tumori non sono da considerare come metastasi del tumore uterino, bensì come metastasi del tumore delle villosità coriali. Il tumore uterino, o tubarico, come nel caso di Marchand, è già esso stesso una metastasi, mentre il neoplasma primario trovasi nei villi coriali. Questi per la degenerazione maligna onde sono invasi si approfondano nel tessuto uterino, invadono il lume dei vasi e trasportati in un punto qualsiasi vi si sviluppano formando metastasi. L'A. poi è inclinato a ritenere che lo staccarsi dei villi coriali e il loro trasporto per l'organismo sia un fatto regolare in ogni gravidanza, attribuendo a ciò quei molteplici disturbi che soglionsi riferire ad alterazioni qualitative o quantitative della massa sanguigna od a disturbi del sistema nervoso. Apfelstedt ritiene che il neoplasma sia di origine esclusivamente fetale, poichè dagli studii di Aschoff parrebbe risultare che anche lo strato epiteliale esterno o sinciziale dei villi sia di origine fetale e non materna. Il quadro clinico della malattia è veramente tipico e secondo Apfelstedt il pronostico è molto più grave di quanto si ritiene, così che egli non esita a considerare questo tumore come il più maligno che si conosca. In taluni casi, come nel secondo riferito, i fenomeni di invasione dell'organismo insorgerebbero già durante la gravidanza, talchè ben raramente sarà possibile di sottrarre l'ammalata alla morte colla isterectomia vaginale. Anche i pochi casi di guarigione fin qui ottenuti, meritano di essere tenuti in osservazione essendo troppo poco il tempo trascorso per giudicare affatto spento il processo morboso. Il nome di corioma maligno sarebbe indicato per questo particolare tumore, mentre il corioma benigno sarebbe rappresentato dalla mola vescicolare.

Il dott. Aschoff, che trattò la parte anatomica del lavoro, espone i risultati delle sue ricerche su di un utero gravido al 2.° mese, esportato per un adenocarcinoma della porzione vaginale del collo. Dal minuto esame di questo utero ed uovo umano, l'A. sarebbe tratto a concludere che il rivestimento sinciziale del villo è lungi dall'essere dimostrato come proveniente dall'epitelio uterino. Anche l'ipotesi di Merttens sui rapporti del sincizio cogli spazi intervillosi non troverebbe appoggio dai preparati dell'A., secondo i quali sarebbe piuttosto da ammettere la opinione di Minot che entrambi gli strati abbiano origine fetale e che gli spazii intervillosi sieno interstizi fra decidua e corion. Rispetto alla caduca serotina, vera e reflessa, l'A. conferma i risultati delle ricerche di Langhans e della sua scuola. Un fatto importante qui confermato è che la decidua serotina in gran parte è formata dallo sviluppo degli epitelii coriali, le cui cellule si approfondano fino allo strato spugnoso ed alla muscolatura. RESINELLI.

RUNGE. — **Ein neuer Fall von bösartigem Tumor der Chorionzotten** *(Un nuovo caso di tumore maligno dei villi coriali).* — *Archiv für Gynäk.,* Bd. 51, pag. 185.

L'A. riferisce brevemente come appendice di due casi pubblicati da Apfelstedt e Aschoff un terzo caso di tumore deciduale da lui recentemente osservato ed operato. Una donna di 44 anni, pluripara, che aveva partorito l'ultima volta a termine tre anni prima, da 5 mesi ha perdite sanguigne dai genitali. Non ebbe mai sospensioni mestrue, nè dubbio di gravidanza. L' utero è grosso per un tumore del volume di un piccolo arancio sviluppatosi da esso posteriormente ed a sinistra. L'orificio uterino non è permeabile al dito. Si fa diagnosi di mioma uterino e l'A. eseguisce l'amputazione sopravaginale dell'utero. Il decorso post-operatorio è regolare. Inciso l'utero esportato, si osserva che il tumore è costituito da masse sanguigne e da nodi di tessuto rossigno che si avanzano nella cavità dell'utero. Si riconosce trattarsi di un tumore maligno, e l' esame istopatologico eseguito dal dott. Aschoff dimostra trattarsi di resti di una mola vescicolare degenerata e formare un *corio carcinoma,* i cui elementi infiltrano gli strati muscolari. Nelle cellule neoplastiche viene dimostrato il ricco contenuto di glicogene.

L'A. giustifica l'errore diagnostico e soggiunge che 4 mesi dopo l'operazione l'ammalata non presentava nessun segno di recidiva. RESINELLI.

M. CAZIN. — **Des déciduomes malins.** Étude clinique et anatomopathologique. — *La Gynécologie,* N. 1 e 2, 1896.

Premessi i concetti generali sul deciduoma maligno, l'A. riferisce succintamente le notizie bibliografiche dell'argomento, prendendo le mosse dal lavoro di Sänger. L'elemento caratteristico dominante in questi tumori è la cellula gigante simile alla cellula deciduale di Friedländer, ed il neoplasma ad epoca avanzata di sviluppo, presentasi come una massa che perifericamente verso la superficie libera per lo più offre una zona necrosata sotto alla quale si trova il tessuto proprio del tumore qua e là disseminato di stravasi sanguigni; la parete muscolare dell'utero in alcuni punti è spessa, in altri sottilissima per la invasione degli elementi del neoplasma. Riguardo alla struttura istologica, l'A., confrontando un caso da lui studiato cogli altri noti della letteratura, distingue due forme principali, l' una a tipo diffuso *(deciduoma non villoso),* in cui ammetterebbe una origine connettivale, anzichè epiteliale, l'altra *villosa* (chorio deciduoma maligno di Gottschalk).

Anche dal punto di vista clinico questi tumori hanno un tipo loro particolare: si sviluppano generalmente dopo l'espulsione di una mola vescicolare, più di rado

dopo un aborto o dopo un parto a termine. I sintomi principali dello sviluppo della neoplasia sono le emorragie copiose, da principio intermittenti, poi quasi continue, più tardi lo scolo di liquame fetido dai genitali, l'anemia, la cachessia generale. Fra i sintomi obiettivi i più importanti sono l'esplorazione digitale della cavità uterina e l'esame microscopico di pezzetti di tumore esportati. Stabilita la diagnosi di deciduoma maligno, la terapia più razionale è l'isterectomia vaginale con ablazione completa degli annessi.

L'autore riferisce il caso di deciduoma maligno che ebbe la opportunità di studiare.

Una donna di 30 anni, dopo due parti normali a termine, in una terza gravidanza espulse una mola idatiforme: di poi ebbe continue emorragie che non poterono essere frenate dal raschiamento della cavità uterina cui venne sottoposta. Nove mesi dopo l'avvenuta espulsione della mola, nel Settembre 1893 il dott. Segond eseguisce la isterectomia vaginale con esportazione completa degli annessi colla forcipressura. Il decorso post-operatorio è normale, e 23 mesi dopo l'atto operativo la donna è in ottime condizioni di salute.

L'esame del tumore mostra che oltre alla massa fungosa sviluppatasi nella cavità uterina, esiste un nodo metastatico nell'ovaio destro. Il tumore primitivo ed il metastatico sono costituiti da elementi di cui l'A. distingue due tipi, cellule rotonde, ovalari, poligonali come quelle dei sarcomi ordinarii, e cellule giganti affatto simili alle deciduali: questi ultimi elementi prevalgono sui primi, e formano la massa principale del tessuto neoplastico. Negative risultarono le ricerche di microrganismi.

Nella seconda parte del lavoro vengono riportati in riassunto alcuni dei casi di deciduoma maligno noti nella letteratura. RESINELLI.

VICARELLI. — **Sulla esistenza dei trombi jalini nei vasi cerebrali del feto e della madre colpita dall' eclampsia puerperale.** — *Rivista di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria,* 1896, N. 1.

Nei vasi cerebrali di individui morti per cause assai diverse era già stata da alcuni anni dimostrata l'esistenza di corpicciuoli rotondeggianti, lucenti, che offrono dei modi particolari di comportarsi rispetto a certe sostanze coloranti, e che, raccolti ad ammassi più o meno notevoli, ostruiscono spesso il lume vasale.

L'esistenza di essi, per la quale il Klebs aveva creato l'appellativo di *degenerazione globosa jalina,* fu poi oggetto di indagini di Manasse, che richiamò su di essi l'attenzione sopratutto nel campo delle malattie infettive, e venne alla conclusione che codesti corpi jalini dei vasi cerebrali costituiscono un reperto costante nelle malattie infettive acute, che essi si formano durante la vita, e che ripetono

la loro derivazione dai globuli bianchi. Uguali risultati si ebbero recentemente in infezioni sperimentalmente prodotte sugli animali.

L'A. si propose di vedere se i detti trombi jalini si trovassero nei vasi cerebrali di donne eclampsiche e nei vasi cerebrali dei feti nati da esse. In ambedue i casi in cui egli potè eseguire queste ricerche, esse riuscirono positive, ma soltanto nelle madri. Riuscì cioè a mettere in evidenza, sopratutto mediante colorazione con la fucsina acida, e più frequentemente nella sostanza grigia, dei corpicciuoli rotondeggianti, d'aspetto splendente, di grandezza sempre superiore a quella dei globuli sanguigni, e disposti per lo più lungo la faccia interna delle pareti vasali. Nei piccoli vasi, e specialmente in quelli della corteccia, essi formano degli ammassi tali da occluderne il lume. Anche lo Schmorl, fino dal 1893, nelle sue note indagini anatomo-patologiche sulla eclampsia puerperale, aveva rilevato la presenza di masse o trombi jalini nei vasi del cervello, ma non li descrive costituiti da quegli elementi sferici di cui parla l'A., i quali si identificherebbero, secondo esso, per le loro proprietà micro-chimiche, con quelli constatati già da altri nei vasi cerebrali di individui morti per malattie infettive, e la cui genesi è tuttora assai oscura. L'A. non vide mai queste masse jaline circondare esternamente le pareti vasali come fu osservato da Schmorl: spiega, d'altra parte, questa possibilità con una fuoruscita dei detti corpicciuoli dalle pareti del vaso, il che appoggerebbe l'ipotesi di Manasse, che suppose essere questi elementi jalini un prodotto dei globuli bianchi.

Nelle ricerche fatte dall'A. sul cervello dei feti nati da donne eclampsiche, invece, i reperti riuscirono negativi rispetto a questi elementi: riscontrò però in essi, a somiglianza di Schmorl, altre alterazioni analoghe a quelle trovate nel cervello materno. A suo avviso, sarebbe da ascrivere l'assenza di questi corpi jalini nei vasi cerebrali fetali, a impedito passaggio di essi dal sangue materno a quello del feto, vuoi per la grandezza di tali corpicciuoli, vuoi per la normale struttura della placenta. TRIDONDANI.

POLIMANTI e SAPELLI. — **Sul ricambio materiale nella gravidanza.** — *Rivista di Ostetr., Ginecol. e Pediatria,* 1896, N. 2 e 4.

Lo studio del ricambio materiale, desunto da metodiche e continuate indagini intorno alle modificazioni dei componenti normali delle urine, meritava, senza dubbio, di essere portato nel campo della gravidanza. Giacchè, se numerosissime sono le osservazioni circa la quantità di elementi sia normali sia anormali nelle urine delle gravide, una serie così continua, come quella che gli autori hanno istituito, di quotidiane ricerche sulle orine di donne ad epoche diverse di gestazione, era ancora a desiderare.

Da questi studii, che gli autori si propongono di continuare con ulteriori indagini, rilevarono già come fatto costante che l'azoto eliminato per le orine durante la gravidanza subisce una notevole diminuzione, e che questa diminuzione, procedendo dal 5.° al 9.° mese, va gradatamente accentuandosi. Lo stesso fatto si verificherebbe per la eliminazione del cloro: mentre il fosforo si comporterebbe in un modo perfettamente opposto, notandosi un progressivo aumento nella sua eliminazione man mano che la gravidanza si avvicina al suo termine.

TRIDONDANI.

CALOZZO. — **Patogenesi della osteomalacia.** — *Rivista di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria,* 1896, N. 3 e 5.

Prendendo occasione da un caso clinico di donna osteomalacica osservato nella Clinica ostetrica di Torino, l'A. fa una sintetica disamina delle più accreditate teorie intorno alla genesi ed alla cura dell'osteomalacia. Di esse viene a porre a confronto le più importanti, quella cioè di Bouchard che si fonda su un alterato ricambio nutritizio, quella di Fehling, che, avendo per base una iperattività patologica delle ovaia, fu anche detta *teoria ovarica,* quella più recente per la quale si vorrebbe essere questa malattia di origine parassitaria, ed infine quella ancor più recente, per la quale vuolsi ch'essa sia dovuta ad un processo di nitrificazione che si compie nell'organismo per opera di un fermento di attività biologica ben definito: il fermento nitrico. Come la teoria ovarica troverebbe appoggio nelle guarigioni numerose avutesi in seguito all'ablazione delle ovaia, così quest'ultima vorrebbe appoggiarsi su casi di guarigione verificatisi in seguito all'uso del cloroformio, del cloralio, e di altre sostanze affini, che eserciterebbero un'azione deleteria sul fermento nitrico.

Senonchè a quest'ultima teoria, sostenuta dal Petrone, si oppongono i dati di osservazioni fatte da Goppelsröder, da Zuccaro, da Latzko e da altri, per le quali, mentre da una parte non fu trovato essere la reazione dei nitriti un reperto nè costante nè caratteristico del processo osteomalacico, dall'altra si constatò spesse volte riuscire l'uso prolungato e generoso di cloroformio e di cloralio infruttuoso contro di esso. Anche osservazioni fatte dall'A. nel caso da lui riferito condurrebbero alle medesime conclusioni.

Egli poi, stabilendo un paralelo fra il rachitismo e l'osteomalacia, rimette in campo un'opinione già espressa da noti patologi, secondo la quale queste due malattie sarebbero da considerare quali forme cliniche diverse di un identico processo morboso. Ed infatti i caratteri fisici, chimici, anatomici fondamentali di entrambe queste affezioni ossee, se non sono del tutto identici, offrono tra di loro una analogia grandissima. Ecco le principali di queste analogie: tanto nel rachi-

tismo quanto nell'osteomalacia si ha produzione di tessuto osteoide, che è primitiva in quello e secondaria in questa: così nelle ossa dei rachitici, come nelle ossa osteomalaciche, fu constatata la presenza di acido lattico (Ritter, Marchand, Schmidt): così in queste, come in quelle, ha luogo una decalcificazione ed un aumento del grasso: sia nell'un caso, sia nell'altro fu trovata assai diminuita l'alcalinità del sangue. Molto significante poi sarebbe l'osservazione di Comby, che vide un uomo, rachitico nella sua infanzia, divenire poi osteomalacico.

Se pertanto si tratta in queste due affezioni ossee di uno stesso processo morboso, che offre un quadro clinico diverso a seconda che il soggetto colpito è nell'età bambina o nell'età adulta, sono da ricercare le cause dell'osteomalacia fra quelle stesse che sono capaci di produrre il rachitismo, e se uguale ne è la patogenesi, uguale dovrà esserne la terapia. L'A. riporta appunto parecchi casi di Trousseau, di Battlehner, di Bamberger e di Weismayr, in cui coll'uso di sali di calce, di fosforo e di olio di fegato di merluzzo, e perciò coi comuni mezzi terapeutici in uso contro il rachitismo, si ottennero vere guarigioni dell'osteomalacia.

TRIDONDANI.

COEN. — **La cura dell'eclampsia puerperale mercè le iniezioni endovenose di acqua salata.** — *Rivista di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria,* 1896, N. 5.

Le iniezioni di siero artificiale costituiscono un espediente terapeutico, a cui si ricorre oggidì con effetti giovevolissimi in condizioni morbose assai gravi e legate a cause assai diverse, quali: stati di profonda anemia, uremia, malattie rapidamente esaurienti, ecc.; ed è altresì provato che tali iniezioni conseguono risultati assai più rapidi ed efficaci ove siano eseguite per via endovenosa, che non se praticate, come si fa comunemente, per via ipodermica.

L'A. in vista di tali buoni risultati, tenuto conto che le iniezioni endovenose non sono accompagnate dai gravi pericoli che da alcuni autori, e sopratutto dal Bernheim, erano stati segnalati, considerato anche che iniezioni di acqua salata fatte in altri casi di eclampsia per la via ipodermica non avevano dato vantaggi apprezzabili, fu indotto a ricorrere, in un caso grave di eclampsia puerperale, all'iniezione endovenosa. Dopo che già erano intervenuti più di 20 accessi convulsivi, nell'intervallo dei quali la donna era in istato di coma profondo e continuo, praticò in una delle vene dell'avambraccio, ed a due riprese, coll'intervallo di un giorno, l'iniezione di circa 3000 gr. di soluzione di cloruro di sodio al 0.75 %. Alla prima iniezione seguirono ancora 5 attacchi: non se ne ebbero più dopo la seconda: scemarono rapidamente i fenomeni minacciosi, e dopo dieci giorni la donna era perfettamente guarita.

TRIDONDANI.

12.° Congresso Internazionale di Medicina

Mosca 7 (19)-14 (28) Agosto 1897

SEZIONE D'OSTETRICIA E DI GINECOLOGIA

Programma ufficiale.

Ostetricia: 1. Della sinfisiotomia. — 2. Dell'esplorazione esterna. — 3. Della sieroterapia applicata alla setticemia puerperale. — 4. Dei rapporti fra l'infezione blenorragica e le malattie puerperali.

Ginecologia: 1. Della colpotomia nei casi d'infiammazione degli annessi dell'utero, di spostamenti e di neoplasie dell'utero. — 2. Della blenorragia e suo trattamento nelle donne non incinte. — 3. Del trattamento chirurgico della peritonite. — 4. Della valutazione comparata dei metodi operatori nel trattamento del cancro dell'utero dal punto di vista della prevenzione della recidiva.

Indirizzi: Prof. A. Makeiêff, Mosca, Clinica ostetrica — Prof. W. Snéguireff, Mosca, Clinica ginecologica — Segretario W. Bobroff.

BIBLIOGRAFIA

A. RIBEMONT, DESSAIGNES et LEPAGE G. — **Précis d'Obstétrique.** — (C. Masson Éditeur, Paris). II.ª Edizione, 1896.

Questo libro è stato scritto dagli autori per consiglio del prof. Tarnier ad uso degli studenti. È più ampio di un manuale e non ha la mole di un trattato. Esso riflette la scuola di Tarnier, Chantreuil e Budin, e per rispetto alle recenti ricerche anatomiche e cliniche contiene anche un riassunto delle idee di Farabeuf e di Pinard.

La parte operativa (specialmente per rispetto al forcipe e alla leva di Farabeuf), è trattata estesamente con molte figure esplicative disegnate appositamente secondo i dati del Farabeuf.

In questa seconda edizione del libro del Ribemont si trovano tutte le aggiunte dovute ai più recenti lavori di ostetricia, e notasi un buon numero di nuove figure. L'edizione è elegantissima. Cioja.

Prof. **Luigi Mangiagalli**, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XVIII. Luglio 1896. Num. 7.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
24 AUG 96
LIBRARY

R. ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DI FIRENZE

diretto dal Prof. E. Pestalozza

Contributo allo studio delle cause di morte del feto subito dopo il parto

Nota del Dott. A. COCCHI, Assistente

Oggigiorno, più che in altri tempi, lo studio delle malattie fetali, per i nuovi mezzi di indagine, lascia sperare allo studioso interessanti risultati che, oltre a contribuire ai progressi ognor crescenti dell'embriologia, e a coadiuvare i tentativi che si vanno facendo per stabilire una fisiologia embrionale umana, potranno accrescere se non completare il capitolo della patologia fetale. Trattandosi di un campo quasi inesplorato, e nel quale, anche dal lato tecnico, molte sono le difficoltà da superare, non si può fin d'ora predirne i risultati; e sarà forse un'illusione che si possa spingersi fino alla diagnosi delle malattie della vita endouterina, e trovarne poi una terapia capace di dominarle; in ogni modo non credo che a priori si debba negare la possibilità di tale conquista, tanto più che per certe malattie è provata l'efficacia di una terapia nella vita endouterina.

Ad aumentare intanto le nostre cognizioni in proposito, ad agevolare il terreno ad altri studi, occorre accumulare materiale scientifico, illustrando ogni caso di malattia congenita fetale che possa presentarsi alla nostra osservazione. Per tali considerazioni ritenni di qualche interesse pubblicare quei casi di anomalie anatomiche congenite, in feti perfettamente normali nelle loro forme esterne, che ebbi occasione di osservare nell'Ospedale di Maternità di Firenze. A questi ho unito altri casi che mi furono gentilmente riferiti dal prof. Pestalozza.

La particolarità interessante che emerge dalle osservazioni da me raccolte, è la seguente: un feto venuto alla luce apparentemente ben conformato, nel pieno vigore e regolarità delle sue funzioni, soccombe improvvisamente.

La vita cioè, che era stata possibile dentro l'utero, diviene impossibile al difuori di esso. Quell'organismo dotato di sufficiente funzionalità per l'ambiente in cui nacque, si dimostra impotente alla vita allorchè è costretto a vivere di vita propria. Ballantyne nel suo geniale trattato: *the Diseases of the foetus,* parlando delle cause morbose capaci di indurre nel feto questa tendenza all'impossibilità della vita extrauterina, fa osservare come per la recisione del funicolo e conseguente separazione dell'organismo fetale dal materno, gli organi fetali sono chiamati a prender parte nei processi fisiologici, così, polmoni, stomaco, reni, pelle, diventano importanti fattori nel mantenimento della salute e della vita del feto. Se uno di questi è malato o propenso ad ammalare, si ha un distacco dalla normale regola di salute e spesso la morte. Tali feti condannati già alla morte prima di nascere, che non si trovano in stato di vitalità extrauterina potenziale, furono detti da esso *in stato di morbilità-potenziale.*

Non credo far cosa superflua, insistendo specialmente sull'interesse che tali casi hanno non solo per il medico legale, ma anche per il pratico. Può occorrere ad un medico di assistere all'espulsione di un feto vivo perfettamente normale nelle sue forme esteriori, con battito cardiaco regolare, con movimenti energici, di aspetto roseo ed avere improvvisamente la dolorosa sorpresa di vederlo spegnere sotto i propri occhi, refrattario a tutti quei mezzi che la scienza e la clinica suggeriscono. Ognuno purtroppo conosce con quanta facilità, la famiglia giudichi responsabile il medico della morte del bambino; ed egli richiamandosi alla mente l'eventualità di casi simili a quelli che vado a descrivere, potrà mettere al coperto la propria responsabilità.

Osserv. I. — B. Elvira, di anni 28, entra in Clinica il 18 Novembre 1894, di professione attendente, a casa fece uso di un vitto sufficiente per quantità e qualità; a 7 anni ebbe il morbillo, a 12 il vaiolo, fu mestruata la prima volta a 16 anni, nelle mestruazioni successive non avvertì alcuna irregolarità. Maritata a 25 anni ebbe la prima gravidanza interrotta all'ottavo mese per albuminuria con espulsione di un feto morto. Dopo 18 mesi circa incorse nella presente gravidanza.

Riguardo a questa la donna non ricorda la data dell'ultima mestruazione, dice non aver sofferto di fenomeni simpatici molto accentuati, solo negli ultimi mesi avvertì un'esagerazione dei movimenti fetali. All'esame ostetrico si riscontrò un grado leggiero di diminuzione dei diametri del bacino, presentazione di V. in O. I. S. A., dilatazione di 6 cent., sacco delle acque integro, assai voluminoso e sporgente, testa sempre mobile allo stretto superiore.

Il periodo dilatante procedette in modo normale, ma le contrazioni andarono facendosi col progredire del travaglio eccessivamente energiche, ed in modo speciale allorchè la dilatazione fu completa. Non per questo le membrane accennavano a rompersi. Il battito fetale si fece notevolmente diminuito di frequenza (da 130 si era portato a 90) e tale si manteneva a permanenza. Inoltre, dai genitali cominciò a colare sangue in discreta quantità e la parte presentata era sempre mobile allo stretto superiore. Dubitando di un distacco precoce della placenta un allievo fu invitato a rompere il sacco amniotico. Alla rottura delle membrane tenne dietro un'ondata fortissima di liquido, e senza che l'allievo avesse avuto il tempo di trattenerla, la testa discese rapidamente al piano perineale, insieme ad un'ansa di funicolo che venne a fuoriuscire dai genitali, pulsante ma molto lentamente. Sollecitamente allora si provvide all'estrazione della testa mediante un'applicazione di forcipe che durò pochi istanti. Stante la brevità delle sofferenze di questo feto ed il suo battito cardiaco ancora forte, non si ebbe a tutta prima alcun serio timore per la sua vita, e fiduciosi ponemmo tosto in opera quei soliti mezzi atti a rianimarlo. Ma questi si riconobbero subito inutili; dapprima il feto compì qualche atto inspiratorio, isolato, ma poi il battito cardiaco andò gradatamente indebolendosi, finchè cessò affatto.

Si trattava in questo caso di un feto morto per asfissia endouterina da compressione del cordone, oppure di un feto anatomicamente mal costrutto ed incapace a sopportare i cambiamenti che i primi atti respiratori inducono nell'organismo? Per la breve durata del periodo asfittico non si esitò ad ammettere l'esistenza di un grave difetto di sviluppo, e fu praticata la necroscopia.

Era un feto, di sesso femminile, del peso di 2670 gram. che nelle sue forme esterne niente presentava da richiamare l'attenzione. Aperto il torace, trovai nella cavità pleurale sinistra numerose anse dell'intestino tenue e crasso, non ricoperti dal peritoneo, che si spingevano in alto fino al disotto della fossa sopraclavicolare. Il polmone di questo lato, normale per il numero dei suoi lobi, era veramente rudimentale e compresso contro il mediastino. Il polmone destro era ben sviluppato.

La metà sinistra del diaframma era formata nella sua porzione anteriore o ventrale da un setto muscolare, che prendendo, nella linea

mediana, le sue normali inserzioni alla colonna vertebrale e allo sterno, si dirigeva verso la parete toracica, espandendosi a ventaglio e si inseriva alle cartilagini costali delle cinque ultime coste; nella sua porzione posteriore o dorsale era rappresentata da una sottile lamella fibrosa che partendo dalla colonna vertebrale si perdeva nella parete toracica posteriore. Tra questi due setti rimaneva un' ampia apertura limitata all' esterno dalla parete toracica, ed attraverso questa apertura l'intestino si era fatto strada. Era una di quelle forme di ernia diaframmatica denominata spuria, perchè l' anse intestinali non si trovano racchiuse dentro il sacco peritoneale.

Il cuore per la presenza di queste anse intestinali si trovava spostato a destra, e presentava l'orecchietta destra molto dilatata, e le pareti del ventricolo destro notevolmente ipertrofiche.

L'arteria polmonare ed il dotto arterioso di un diametro maggiore del normale, come un sol vaso, decorrendo in alto e poi verso sinistra descrivevano una forte curva a concavità inferiore e si immettevano, continuandosi a pieno canale nell'aorta discendente. Questo vaso simulava così per il suo calibro ed andamento l'arco dell'aorta. L'aorta invece era notevolmente diminuita di calibro, si portava in alto con decorso quasi rettilineo, e dopo aver dato origine al tronco brachio-cefalico e alla carotide si piegava ad angolo retto verso sinistra, riducendosi ancor più nel suo calibro; e dopo un breve tratto terminava nella succlavia sinistra, e in una breve comunicante che si gettava nell'arco formato dall'arteria polmonare e dal dotto arterioso. (Vedi fig. 1).

Tale ipertrofia così notevole del ventricolo destro e concomitante sviluppo della polmonare, si può considerare secondario ad un aumento di lavoro del cuore destro, sia per afflusso di sangue, maggiore del normale, sia per un ostacolo al suo deflusso. Non esistendo stenosi nè dell'orificio del Botallo, nè degli orifici valvolari del cuore sinistro, mi sono domandato se tale anomalia di compenso fosse piuttosto da mettersi in rapporto coll'ernia diaframmatica. Ed in fatti non sono alieno dal ritenere, che la presenza di anse intestinali nella cavità pleurica sinistra per compressione sul cuore sinistro e sul circolo polmonare corrispondente, abbia portato un aumento di pressione nell'orecchietta sinistra tale da obbligare il sangue a versarsi prevalentemente nel ventricolo destro. Non escludo però che possa ritenersi come un fatto regressivo atavico, ed anzi frequentemente tali anomalie dei grossi vasi riproducono il tipo vascolare di stadi più giovani dello sviluppo, e che si riscontrano in animali inferiori.

A maggior schiarimento ecco la disposizione dei grossi vasi che si trova nei primi stadi di sviluppo:

L'estremità arteriosa del tubo cardiaco si continua con un vaso impari che si dirige in alto, dietro l'intestino cefalico. Da esso emanano cinque archi arteriosi corrispondenti ai cinque archi branchiali, denominati perciò più propriamente vasi degli archi branchiali, i quali alla faccia dorsale dell'embrione si riuniscono a destra ed a sinistra nell'aorta primitiva. Da questo abbozzo simmetrico dei grossi vasi, per cambiamenti importanti specialmente nel 4.°-5.° paio di archi aortici, prende origine l'apparato vascolare dei grossi tronchi. Il 5.° arco sinistro si continua nell'arteria polmonare dando origine ai vasi del polmone sinistro ed al dotto del Botallo, mentre il 5.° arco destro forniti i vasi del polmone destro, si atrofizza nella porzione rimanente. Il 4.° arco aortico destro diviene il tronco brachio cefalico e succlavia destra, ed il sinistro è rappresentato dall'arco dell'aorta. Il terzo paio fornisce la parte iniziale delle carotidi; il 1.° ed il 2.° si atrofizzano. Nell'osservazione da me riportata vi sarebbe stata una persistenza ed esagerato sviluppo del 5.° arco aortico sinistro, ed ipoplasia del 4.° arco aortico dello stesso lato.

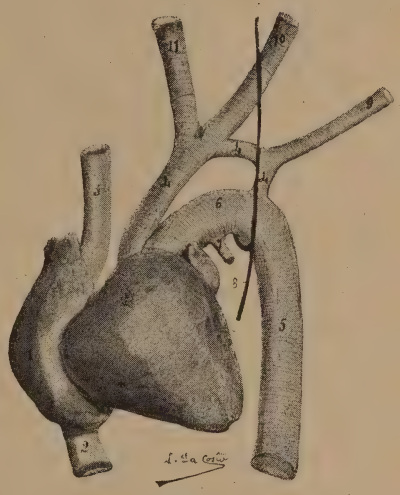


FIGURA 1.

1. Orecchietta destra. — 2. Vena cava inferiore. — 3. Vena cava superiore. — 4. 4. 4. Arco dell'aorta. — 5. Aorta discendente. — 6. Arteria polmonare e dotto arterioso. — 7. Branca sinistra dell'arteria polmonare. — 8. N. pneumogastrico. — 9. Art. succlavia sinistra. — 10. Carotide sinistra. — 11. Arteria brachio-cefalica.

Noi sappiamo che una particolarità interessante per la circolazione fetale è la seguente: che negli ultimi mesi della vita fetale, il forame ovale, il dotto arterioso del Botallo cominciano a restringersi. Ciò ha per conseguenza che già prima del parto giunge meno sangue dalla vena cava inferiore nel ventricolo sinistro, e ugualmente affluisce meno sangue dall'arteria polmonare nell'aorta di quello che era nei mesi precedenti. In tal modo si inizia a poco a poco una divisione in un cuore sinistro ed uno destro con vasi totalmente separati. Nel

nostro caso sussistevano condizioni anatomiche affatto opposte, ed è evidente che il dotto arterioso per il suo volume non si sarebbe alterato.

Se il bambino fosse sopravissuto, questa mancata obliterazione avrebbe determinato mescolanza del sangue arterioso e venoso, deficiente areazione del sangue per la parziale connessione vascolare coi polmoni, e susseguenti congestioni venose polmonari per l'insufficienza della *vis a tergo*. Ma questo difetto dei grossi vasi, l'ernia diaframmatica spuria, la conseguente atrofia del polmone destro che esistenti isolatamente avrebbero forse concesso al feto una vita breve, associate erano tali da renderlo incapace alla vita extrauterina.

Osserv. II. — La donna che mise alla luce l'altro feto aveva 28 anni, di professione attendente a casa, sana e ben conformata, non riferì sopra la sua infanzia e i suoi antecedenti ereditarii alcunchè di notevole.

Avea già avuto tre gravidanze, una terminata con aborto a 2 mesi e 1[2, l'altre due normali a termine, però ambedue i bambini vennero a soccombere circa 2 mesi dopo la nascita.

All'esame ostetrico si riscontra gravidanza endouterina semplice con *idramnios*, presentazione di vertice O. I. S. A. Battito fetale regolare per ritmo ed intensità. Alla rottura delle membrane si raccolse il liquido amniotico che ascendeva a litri 3 1[2. Il parto ebbe un decorso normale.

Il feto appena espulso aveva un colorito roseo, si agitò violentemente, emise qualche debole grido, respirò superficialmente; poi gli atti respiratorii si fecero più profondi, con marcato rientramento delle pareti addominali specialmente a livello dell'epigastrio, finchè la respirazione si arrestò. Allora allacciato il funicolo, furono messi in atto i varii mezzi di respirazione artificiale. Praticando l'insufflazione diretta dell'aria si osservò che la canula non incontrava ostacoli laringei, ma poca quantità di aria si lasciava spingere nei polmoni. Alla percussione del torace si trovò a sinistra ed anteriormente un'ottusità molto marcata. Il battito cardiaco gradatamente si rallentò, e il feto dopo pochi minuti venne a soccombere.

Di fronte ad una morte così rapida, senza nessuna sofferenza durante il travaglio e sopravvenuto in un bambino nel momento in cui l'apparato respiratorio doveva entrare energicamente in funzione, edotti anche dall'altro caso, non si esitò ad ammettere un vizio congenito ledente l'espansione polmonare.

Aperta la cavità toracica ed addominale, quello che colpì a prima

vista fu la presenza nella cavità toracica destra di una porzione del fegato, il cui margine sinistro o interno raggiungeva quasi la paraster-

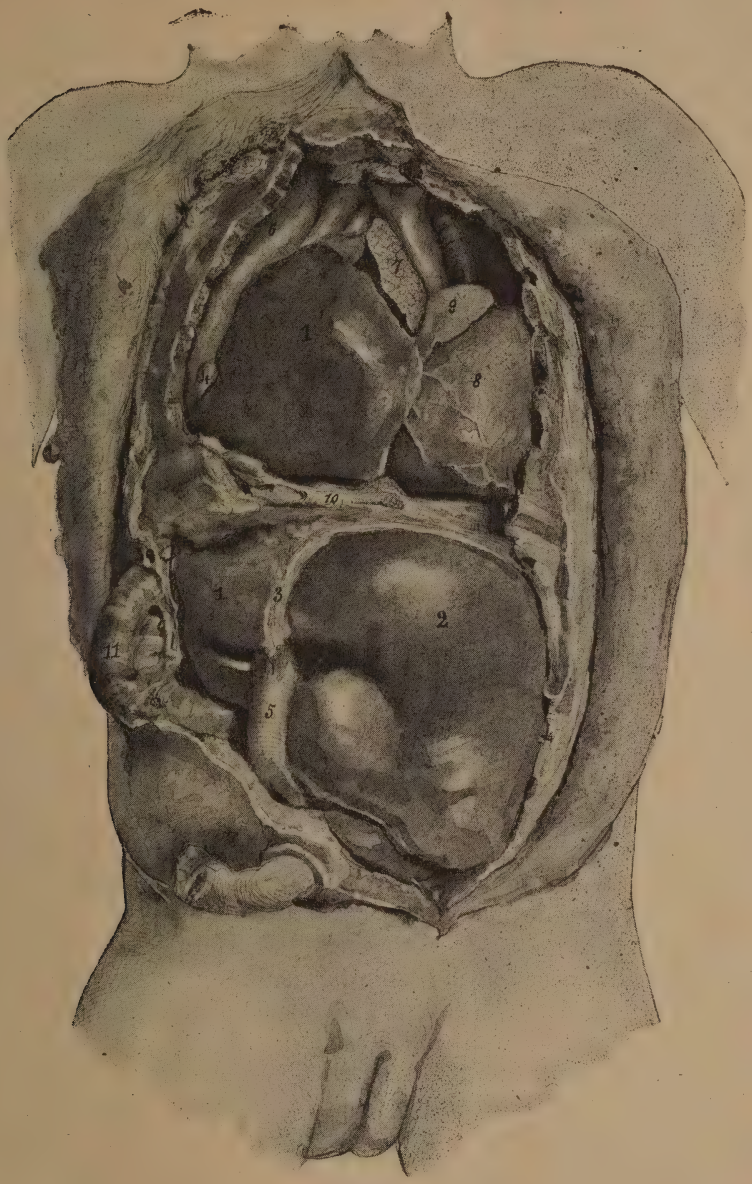


FIGURA 2.

1. Fegato, lobo destro. — 2. Fegato, lobo sinistro. — 3. Ligamento coronario. — 4. Cistifellea. — 5. Vena ombelicale. — 6. Ansa del colon. — 7. Polmone destro. — 8. Cuore. — 6. Auricola destra. — 10. Diaframma. — 11. Ansa dell'intestino tenue.

nale sinistra. Al di dietro di esso si trovava l'intestino crasso, il cieco e l'appendice vermiforme che erano situati in alto quasi a livello dell'articolazione sterno-clavicolare; da qui questa porzione del colon discendeva in basso e alla base del torace risaliva nuovamente in alto per ripiegarsi, all'altezza della 1.ª costa in basso e attraversando il diaframma penetrava nella cavità addominale. Queste anse del colon erano aderenti tra loro, molto dilatate e ripiene di meconio. Posteriormente ad esse e più profondamente si vedevano anse dell'intestino tenue (fig. 2).

Il polmone destro normale pel numero dei lobi, atrofico e ridotto ad una sottile linguetta, era compreso tra la porzione alta del fegato ed il mediastino.

La cavità toracica destra era molto slargata e deformata, la sinistra invece ridotta in ampiezza ed occupata quasi in totalità dal cuore. Questo lo trovai molto ipertrofico colla base volta a sinistra e in alto e l'apice verso la linea mediana; ed il polmone di questo lato era alquanto ridotto di volume e compresso nella doccia costo-vertebrale. I grossi vasi non presentavano anomalie.

Nella metà destra del diaframma si notava una fessura ellittica limitata da un setto anteriore muscolare molto spesso, a forma di cingolo, ed uno posteriore quasi esclusivamente fibroso, sottile, che costituiva un sepimento tra la metà posteriore della cavità toracica e l'addome. Attraverso quest'apertura si era fatto strada fegato ed intestino. La deformazione notevole subìta dal fegato merita una descrizione più minuta. Il lobo sinistro che si trovava nell'addome, aveva assunto una forma quasi triangolare (fig. 3). La sua faccia anteriore, fortemente convessa, in vicinanza del margine superiore dove il massimo spessore era di mm. 37, presentava una depressione nel suo angolo destro e superiore nella quale penetrava la vena ombelicale. La faccia posteriore concava portava l'impronta degli organi sottostanti. La larghezza massima di questo lobo a livello della sua base era di mm. 87. Il ligamento coronario esisteva normale per le sue inserzioni e rapporti. Il lobo destro era passato per la massima parte nella cavità toracica, di forma quasi piramidale colla base rivolta anteriormente e l'apice nella doccia costo-vertebrale, misurava in altezza mm. 60. Sul margine esterno di esso faceva sporgenza la cistifellea che si dirigeva in basso, raggiungendo la faccia posteriore del ponte epatico che univa le due suddivisioni di questo lobo. Il tratto di sostanza epatica corrispondente alla fessura diaframmatica aveva lo spessore di 1[2 cm. circa e la larghezza di 1 cm. e 1[2. Sul margine interno di esso, le vene sopraepatiche e il dotto venoso di Aronzio sboccavano nella vena cava inferiore. La massa totale dell'organo epatico era considerevolmente aumentata nel suo volume. Il cuore ed i grossi vasi, ad eccezione dello spostamento accen-

nato, non presentavano niente di anormale. Il cordone ombelicale era pure normale nel numero dei suoi vasi.

L'aumento di volume del fegato può essere avvenuto non tanto per il maggior spazio che esso ha trovato durante il suo sviluppo, quanto per la compressione che la porzione toracica di esso esercitava sul cuore destro. Ma io credo opportuno richiamare l'attenzione su

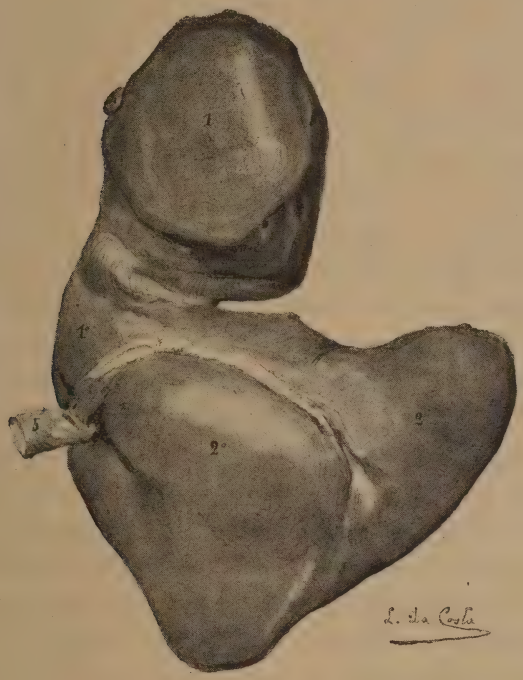


FIGURA 3.

1. 1. Fegato, lobo destro. — 2. 2. Fegato, lobo sinistro. — 3. Legamento coronario. 4. Cistifellea. — 5. Vena ombelicale.

questa ipertrofia perchè essa era associata ad *idramnios*. Come già dissi, il liquido amniotico era aumentato in quantità, ed ascendeva a litri 3 1[2. La difficoltata espansione del ventricolo destro, e per essa l'aumentata pressione nelle vene epatiche, lo sviluppo esagerato di tessuto connettivo nel fegato, la compressione della vena ombelicale, contro la superficie del fegato tanto ipertrofico, erano tutti fattori che aveano per risultato di rallentare la corrente sanguigna nella vena

ombelicale. Ed in questo caso è plausibile l'opinione di Sällinger, cioè che alla genesi del liquido amniotico contribuisca una filtrazione di siero dai vasi del cordone ombelicale.

È ovvio dimostrare che la morte del feto fu una conseguenza della difettosa disposizione descritta dei visceri: un polmone assolutamente incapace alla respirazione, l'altro pure ridotto nel suo volume, ed ostacolato nell'espansione dal cuore. Inoltre la dilatazione abnormale del colon contenuto nel torace prova come l'anello diaframmatico esercitasse tale costrizione su di esso, da render difficile il passaggio del contenuto intestinale. Tanto l'apparato respiratorio, quanto l'apparato digerente erano in questo feto gravemente colpiti.

Passo ora a riassumere brevemente altri casi di ernia diafframmatica congenita che ho riscontrato nella bibliografia di tale argomento. Ma premetto che non è mia intenzione rivedere i casi tutti di ernia diaframmatica, sapendo quanto spesso si incontri in feti di apparenze esterne mostruose; così il Sangalli scrive di avere osservato *non raramente* nei mostri, la milza, il rene sinistro nella cavità toracica sinistra, e qualche volta anche porzione del fegato e del tubo intestinale e stomaco. Mi atterrò solo a quei casi di ernia diaframmatica in feti apparentemente ben conformati procurando di porre in evidenza quelle modalità anatomiche che possono aversi in tali difetti di sviluppo.

Parise (1837) riporta un caso nel quale si trattava di un'appendice epatica lunga circa 10 linee, che impiantata sulla superficie convessa del fegato si era insinuata attraverso un divaricamento delle fibre del diaframma. Dalla descrizione che egli ne dà, sembra che esistesse un sacco erniario formato dalle due sierose dell' addome e della cavità toracica.

Dubois (1847) in una comunicazione col titolo di « Ernia diaframmatica congenita in seguito ad arresto di sviluppo della metà sinistra del diaframma, » scrive di « un enfant, du sexe masculin et né à terme le 6 Février 1847, à la Maternité avec toutes les apparences d'une bonne constitution. Cependant il ne fit qu'une ou deux inspirations, poussa quelques cris, il expira. » Era stato constatato che il cuore batteva a sinistra. Il torace era sonoro in tutto il suo ambito, un poco più dal lato sinistro alla parte inferiore, e ciò, dice l'autore, tolse il dubbio che esistesse una transposizione dei visceri. Alla necroscopia trovò nel lato destro un'ampia apertura del diaframma, e si

contenevano nella cavità pleurica polmone atrofico, lobo sinistro del fegato, stomaco, milza, cieco, colon ascendente, e transverso.

Vrolich (1849), nel suo atlante « Tabulae ad illust. embriogenesis » illustra con due disegni un caso di ernia diaframmatica ed unisce alle figure le seguenti parole: « Infans recens natus foeminus, anno 1843, in huius urbis nosocomio S.ti Petri, in lucem editus et aliquot horis postquam natus erat, inter vehementissimos angorum paroxismos et respiratione laborans difficili mortuus.... Apertis thoracis et abdominis cavitatibus patet, propter imperfectam diaphragmatis conditionem, intestina tenuia pro maxima parte esse transmissa in dextram thoracis partem, in qua nuda absque sacco hernioso jacent. Hisce tenuibus intestinis major pars impletur dextri lateris thoracis, ita quidem ut parvum tantum spatium reliquatur dextro pulmoni qui fere totus in partem supremam thoracis repressus erat, in qua valde comprimitur. Eandem ob causam cor magis quam solet versus sinistrum thoracis latus remotum est, unde ê̂tiam hoc coarctatur et pulmo sinistro minus quam deberet se expandere valet. Hepar maximum integram regionem epigastricam implet. » Nella figura che rappresenta il cadaverino, cui sono stati tolti gli organi del torace e dell'addome, è messo in evidenza il diaframma, e nella sua metà destra si osserva un largo foro ovale col maggior diametro in direzione transversa.

Dumont-Pallier (1856) descrive pure un'ernia diaframmatica del lato sinistro in un feto che non respirò. Osserva come la metà sinistra del diaframma si trovava ridotta ad un piccolo setto muscolare di forma triangolare di cui la base si inseriva all'appendice xifoide e alle cartilagini della 6.a, 7.a, 8.a costa e la punta andava a raggiungere i pilastri sinistro e destro dell'apertura esofagea. Nella cavità pleurica sinistra si trovavano fegato, stomaco, polmoni, e intestino tenue. Il fegato molto voluminoso, presentava il suo lobo sinistro diviso in due porzioni, una toracica e una addominale.

Martin (1862) descrive un feto che, venuto alla luce apparentemente ben conformato, morì dopo aver compiuti piccoli movimenti respiratorii. All'apertura della cavità toracica trovò il cuore spinto a destra colla punta a livello della 5.a costa; polmone destro ben conformato, e il sinistro ridotto a un piccolo rudimento giacente sotto l'articolazione sterno-clavicolare. Il rimanente della cavità pleurica sinistra era riempito da anse dell'intestino tenue che giungevano fino

alla 1.ª costa. Esse erano ricoperte da una sierosa sottile corrispondente al rivestimento sieroso del lato sinistro del diaframma che mancava. A sinistra cioè il diaframma sarebbe stato rappresentato da due foglietti sierosi saldati l'uno sull'altro: pleura e peritoneo.

Nello stesso lavoro cita un altro caso di ernia diaframmatica complicato però da emicefalia che fu illustrato dal dott. Hautmann. In questo, scrive l'osservatore, mancava a sinistra la porzione tendinea del diaframma, e la parte corrispondente della pleura e del peritoneo. La cavità pleurale sinistra era occupata dal lobo sinistro del fegato.

Potocki (1886) dà relazione di un feto morto durante il travaglio, nel quale esistevano vizii di conformazione multipli cioè ernia diaframmatica sinistra: intestino tenue, colon, e metà della milza passati nella cavità pleurica sinistra, comunicazione tra i due ventricoli del cuore; anomalie dell'aorta e dei vasi, consistenti in un esagerato sviluppo dell'arteria polmonare e dotto arterioso che si gettava nell'aorta discendente da cui prendevano origine la succlavie, mentre l'aorta era piccola e terminava nelle carotidi; labbro leporino bilaterale, tre germi di incisivi da ciascun lato. Forse non è privo di interesse, il fatto che la donna durante questa gravidanza, a differenza delle altre, avea sofferto molto per vomito e dolori addominali.

Bischoff (1885) descrive due casi di ernia diaframmatica congenita. Nel primo caso si trattava di una gravidanza gemellare. Il primo bambino nato fece una forte inspirazione, che dopo una lunga pausa fu seguita da un'altra superficiale; poi si sospesero i moti respiratorii e ad onta delle cure il bambino rimase asfittico. Il battito cardiaco che si percepiva nel torace destro sotto la clavicola si spense dopo 1|2 ora. Il secondo bambino pure nacque asfittico, si riebbe e morì in 10.ª giornata, ma l'autopsia non dimostrò niente di anormale. L'autopsia del primo nato dette i seguenti resultati. La conformazione esterna era normale. La cavità addominale riempita dal fegato fortemente sviluppato, conteneva solo la vescica, i reni, il retto, l'S iliaca, ed un breve tratto del colon discendente. Gli altri organi addominali erano penetrati nel torace per una fessura lunga, non molto larga, nella porzione posteriore sinistra del diaframma. Il polmone sinistro era rudimentario e compresso all'indietro e all'interno. Il cuore era spostato completamente nella cavità toracica destra. Nel torace sinistro si trovano una gran parte del lobo sinistro del fegato, stomaco, matassa del te-

nue, cieco, colon ascendente, transverso e discendente, e la milza molto sviluppata.

Nell'altro caso si trattava di un feto nato a termine, che divenne subito fortemente asfittico e morì dopo cinque quarti d'ora ad onta della respirazione artificiale. L'assistente aveva notato uno spostamento dell'urto cardiaco, ed il prof. Zweifel dalla percussione sul cadaverino fu indotto nel sospetto di un'ernia diaframmatica. Si riscontrò a sinistra dalla 1.ª fino alla 5.ª costa suono timpanico, a destra dal basso in alto fino alla 2.ª ottusità assoluta. L'autopsia confermò questa diagnosi. La cavità addominale era riempita dal fegato notevolmente ingrossato, e oltre questo conteneva reni, vescica e colon discendente. Gli altri organi addominali per un difetto del lato sinistro del diaframma erano penetrati nella cavità toracica sinistra. Il polmone sinistro era compresso e spinto in alto e posteriormente. Il cuore spostato a destra comprimeva il polmone corrispondente, e di questo solo il lobo superiore che stava al disopra del cuore, conteneva aria. Gli altri organi addominali entrati nella cavità pleurale erano: una gran parte del lobo sinistro del fegato, stomaco, intestino tenue, colon transverso, ascendente, pancreas, milza.

Una delle osservazioni più interessanti da me letta, specialmente per il sintomo speciale osservato durante la gravidanza, è certamente quella di J. Jkeda (1893) di Fukuoka che porta il titolo: « Sopra i movimenti fetali ad accessi ritmici ed ernia diaframmatica congenita. » In questa comunicazione egli riferisce della gravidanza e del parto della propria moglie. Egli dice come la gravidanza era decorsa senza alcun disturbo fino al settimo mese, ed a quest'epoca riscontrò una presentazione di vertice in O. I. S. A. Al principio dell'ottavo mese la donna cominciò ad essere molestata da movimenti fetali, i quali, colla palpazione, si sentivano a sinistra della linea alba, erano brevi e si presentavano regolarmente come urti dall'interno verso la parete addominale, quasi derivati da una piccola parte spinta in fuori, probabilmente, scrive l'autore, dall'articolazione del gomito. Osservò che questi colpi erano circoscritti, uguali per durata ed intensità e formavano serie di 10-20, con pausa di alcuni secondi, della durata di 10-15 minuti. Scrive che il parto a termine ebbe un decorso normale, e il bambino nacque apparentemente ben conformato. All'esame obbiettivo di esso trovò che presentava un inarcamento pronunciato della parete

anteriore del torace, ed il cuore spostato a destra. All'ascoltazione del torace, si udivano sul polmone destro, rantoli, e sul polmone sinistro rumori quasi simili a rantoli. In base a questi dati obbiettivi e per la forte dispnea che il bambino presentava, formulò la diagnosi di dextrocardia ed atelectasia polmonare. Il bambino visse solo 8 giorni tormentato sempre da dispnea e da singulti che insorgevano frequentemente e duravano circa 10-15 minuti. All' autopsia constatò che la cavità pleurica sinistra conteneva anse dell' intestino tenue, colon ascendente, transverso, e discendente in parte, milza, omento e mesenterio. Il polmone sinistro era rudimentale, ed il cuore respinto nella metà sinistra del torace. Nel diaframma a sinistra esisteva un'apertura rotondeggiante, liscia che lasciava passare cinque dita. Questa anomalia diaframmatica, egli scrive, era esattamente al principio dell'inserzione costale, cosicchè una parte della periferia posteriore del foro sembrava esser limitata direttamente dalla parete posteriore del torace, vale a dire era una disposizione del diaframma identica a quella da me riscontrata nella 1.ª Osservazione. L'autore ritiene che tale disposizione anatomica dei visceri eccitasse contrazioni cloniche del diaframma, e che a queste fossero dovuti quei movimenti di singhiozzo.

Clozier (1894) ebbe pure occasione di osservare un caso di ernia diaframmatica congenita sinistra che comprendeva lo stomaco, una parte del fegato e l'intestino.

Dittel (1894) dice come chiamato per un bambino profondamente asfittico, ma con battito cardiaco regolare, sperimentò inutilmente i varii mezzi di respirazione artificiale. Intestino tenue, stomaco ed una parte dell' intestino grosso si trovavano nella cavità pleurale sinistra. Notò ambedue i nervi frenici normali, atrofico il polmone sinistro, e molto ridotto di volume il destro.

Sears (G. C.) in una comunicazione col titolo di « Congenital diaphragmatic hernia » narra di un neonato di sesso maschile che visse pochi minuti. All'autopsia riscontrò intestino tenue, stomaco, milza nel lato sinistro del torace; polmone sinistro costituito da un solo lobo, ed il cuore deviato a destra.

A spiegazione delle particolarità anatomiche dei varii gradi di ernia diaframmatica premetto alcune parole sulla sua genesi. Nella bibliografia di tale argomento si trova ben poco, anzi per lungo tempo rimase sconosciuto il meccanismo col quale si formavano quest' ernie

spurie; così gli autori antichi le consideravano come *res mira* al di sopra del dominio della scienza.

In seguito si tentò di darne una spiegazione embriologica; e considerando il diaframma composto di due metà laterali simmetriche, l'una destra, e l'altra sinistra, si ammise che una mancata riunione di esse, cioè un arresto di sviluppo, desse origine a tale abnorme comunicazione tra la cavità pleurale e l'addominale. Questa spiegazione non è esatta, e studi embriologici affatto moderni sull'argomento, modificarono completamente tale teoria.

Nei primordi della vita embrionale la cavità pleuro-pericardica si separa in modo incompleto dalla futura cavità addominale per una piega transversale che, partendo dalle pareti laterali e anteriori del corpo, si dirige indietro ed in dentro dove il suo margine libero fa salienza nel celoma primitivo. Questa piega porta il nome di *septum transversum*, che in seguito per la penetrazione di tuboli epatici provenienti dal duodeno, si inspessisce, e comprende allora due abbozzi, 1.° diaframma, 2.° fegato. A questo momento la cavità addominale e la pleuropericardica comunicano ancora l'una coll'altra a destra e a sinistra della colonna vertebrale. Di poi la cavità pleurica si separa dalla pericardica, mentre ancora per qualche tempo le due cavità pleurali rimangono in comunicazione per la loro estremità inferiore colla cavità addominale. La loro divisione completa si fa allorquando gli abbozzi dei due polmoni hanno raggiunto la faccia superiore del fegato e procede in questo modo: dalle pareti laterali e posteriori del tronco partono due pieghe detti pilastri di Usckow che costituiscono la porzione posteriore del diaframma. Questo risulta ora composto di una porzione anteriore o ventrale (*septum transversum*) e di una porzione posteriore o dorsale, le quali crescendo l'una verso l'altra finiranno per riunirsi e formare un setto unico. Infine muscoli emanati dalle pareti del corpo penetreranno in questo setto tra le lamelle di connettivo e gli daranno l'aspetto definitivo. Non spendo parole a descrivere come il peritoneo andando a rivestire la faccia superiore del fegato lo separa dal diaframma e forma il ligamento coronario. Talora accade che l'adesione della parte dorsale del diaframma colla sua parte ventrale è incompleta. Da questo arresto di sviluppo ne risulta un'ernia diaframmatica, cioè una soluzione di continuo attraverso la quale possono anse intestinali ed organi addominali penetrare nella cavità pleurale.

Tale conformazione anormale per l'uomo che rappresenta la condizione anatomica normale di vertebrati inferiori potrebbe considerarsi come fatto di regressione atavica. Ma lascio tale ricerca allo studioso di anatomia comparata.

Dal breve riassunto dei varii casi di ernia diaframmatica emergono alcune modalità anatomiche, le quali meritano di essere rilevate e mi sembrano interessanti sia dal lato embriologico sia dal lato pratico.

Föster nel suo trattato: « Die Missbildungen des Menschen » (1861) dedica un breve capitolo all' ernie diaframmatiche congenite e ne distingue tre varietà diverse:

1.° l'apertura diaframmatica può essere chiusa dalla pleura e dal peritoneo ed allora i visceri fuoriusciti dalla cavità addominale rimangono coperti e chiusi da un sacco.

2.° pleura e peritoneo sono saldati ai margini liberi dell'apertura diaframmatica, cosicchè essa apparisce libera.

3.° gli strati muscolari sono soltanto in qualche punto molto sottili e cedevoli ed accade allora che il diaframma stesso spinto dalle anse intestinali faccia ernia nelle cavità pleurali.

Tra le osservazioni da me raccolte solo i casi descritti da Parise e da Martin presentavano il sacco formato da pleura e peritoneo insieme saldati, nell'altro tutto si tratta di ernie diaframmatiche appartenenti alla 2.ª varietà. Ciò naturalmente dipende dalla loro eccezionale gravità, sia per il loro volume, sia per altre formalità concomitanti; d'altra parte poi sappiamo che non sempre un' ernia diaframmatica costituisce una costituzione incompatibile colla vita. Sangalli ritiene che la vita sia possibile, quando nel cavo toracico è protrusa appena porzione di stomaco e di colon trasverso.

Se l'ernia sia più frequente a destra o a sinistra è stato da molti autori discusso. Secondo Dreyphus l'ernie di sinistra sarebbero a quelle di destra come 5 : 1, e spiegava ciò colla presenza del fegato che a destra proteggerebbe efficacemente il diaframma. Richard invece crede che l'ernie abbiano luogo a destra nella metà dei casi.

Alcuni autori moderni ritengono più frequenti l'ernie diaframmatiche del lato sinistro. Ma a convalidare questo fatto sarebbe necessario conoscere le cause per le quali si possa embriologicamente attribuire alla metà diaframmatica sinistra una maggior facilità all'arresto di sviluppo.

Ho osservato poi che le quantità di visceri penetrati nella cavità pleurale non è sempre in rapporto diretto con l'arresto di sviluppo del diaframma. Infatti nel primo caso da me descritto, dove l'apertura diaframmatica era molto ampia, poche anse dell'intestino tenue e porzione del crasso si trovavano nel torace; nel secondo caso invece dove lo sviluppo sufficiente della porzione ventrale e dorsale aveva resa relativamente piccola l'apertura di comunicazione tra le due cavità sierose, molti e voluminosi visceri addominali erano situati nella cavità pleurale, dimostrando nella porzione a livello del muscolo diaframmatico i segni di un'energica compressione. Quest'osservazione suggerisce la supposizione che l'accrescimento del diaframma continui ancora dopo avvenuta la fuoriuscita dei visceri verso la cavità toracica; ma per il difettoso e lento accrescimento del diaframma e per l'ostacolo meccanicamente portato dagli organi che fanno ernia, riesce impossibile la definitiva riunione degli abbozzi del diaframma. Non si può escludere che in alcuni casi anomalia grave di formazione o processo patologico che si svolgono nella cavità addominale, costituiscano una condizione favorevole alla formazione dell'ernia, essendo allora l'origine di questa del tutto secondaria.

Bischoff però in tale supposizione è ancora più assoluto, poichè egli crede che il difetto di sviluppo del diaframma sia dato da un aumentarsi degli organi addominali verso le cavità pleurali, che si stanno per formare, prima della completa chiusura del diaframma stesso.

Un'altra particolarità interessante riguarda l'andamento del nervo frenico. Era da vedersi se esso penetrava nella porzione ventrale o dorsale del diaframma. Nel 1.° feto ho potuto constatare che il frenico si getta sulla porzione ventrale del diaframma, cioè in quella che per la prima comparisce durante lo sviluppo embrionale.

L'anse intestinali fuoriuscite dall'addome rimangono inalterate, solo talora vanno incontro ad adesioni colla pleura o con altri organi spostati, come ho osservato nel secondo caso da me descritto. L'atrofia del polmone che può giungere fino alla mancanza di un lobo, lo spostamento del cuore sul polmone opposto che ne rimane compresso sono una conseguenza immancabile dell'ernia diaframmatica.

Tra i casi di lesione dell'apparato respiratorio è interessante quello descritto da Barkoff sotto il nome di *Agenesia neuristica* che Dittel rammenta nella comunicazione sopracitata. Si trattava di un feto nel

quale oltre la mancanza completa del diaframma si osservò un'assenza del nervo frenico.

Altre volte furono trovate lesioni che colpivano direttamente il parenchima polmonare. Un'osservazione in proposito mi fu gentilmente comunicata dal mio maestro prof. E. Pestalozza ed è la seguente:

Osserv. III. — All'autopsia di un bambino che era nato con pulsazioni regolari del cuore, con vivaci moti attivi, di aspetto roseo e che poi si mostrò incapace a respirare, si trovò un'atelectasia polmonare in quella forma che va sotto il nome di epatizzazione bianca. I polmoni raggiungevano l'enorme peso complessivo di 180 gram., erano bianchi, compatti, nè al microscopio mostravano traccia di alveoli. La madre accusava precedenti sifilitici.

Vi sono ancora altre anomalie congenite dell'apparato respiratorio, incompatibili colla vita extrauterina, e tra queste la più grave è certamente l'atresia della laringe: F. Rossi (1824) riferisce di un feto che, venuto alla luce apparentemente ben comformato e senza aver dato segno di sofferenza durante il travaglio, agitò le membra, mosse le labbra come volesse gridare, ma però era asfittico. L'asfissia si accrebbe rapidamente; i movimenti delle labbra, delle membra, del cuore, si fecero sempre più deboli, e presto venne a soccombere. All' autopsia trovò che la glottide era chiusa da una membrana spessa simile a mucosa, la trachea normalmente sviluppata e pervia, ed il bronco destro e sinistro erano pieni di tessuto cartilagineo.

Un'altra osservazione di atresia congenita della laringe fu pubblicata da Rose, ed egli trovò ancora un sottile dotto che faceva comunicare l'esofago colla trachea. Rose considera tali casi, meritevoli di essere strappati all'oblio, perchè offrono un grande interesse pratico. Un atto operativo sollecito può forse lasciare la speranza di salvare una vita.

L' insufficienza delle nostre cognizioni embriologiche per quanto riguarda lo sviluppo della laringe, trachea ed esofago non ci permette di dare spiegazioni molto attendibili riguardo all' origine di tale deformità. Secondo i trattati più recenti di embriologia, ad un certo periodo di sviluppo (per l' embrione umano lungh. 3. 2 mm.), si osserva nella faccia ventrale dell'intestino cefalico una doccia limitata da due

pliche tra loro parallele. A questo momento sono formati gli abbozzi della trachea e dell'esofago tra loro comunicanti per una fessura. Col progredire dello sviluppo queste due pliche si ravvicinano finchè finiscono per saldarsi e dividere l'intestino cefalico in due tubi, di cui l'uno è il condotto polmonare, l'altro il canale esofageo. A spiegare certe modalità di atresia della laringe e trachea potremmo supporre che quelle pliche delimitanti la doccia aerifera, non decorrono tra loro parallele, ma in un punto del loro percorso si ravvicinino oppure si arrestino nel loro sollevamento, in modo che quivi non potranno più riunirsi per formare un canale.

Debbo però ricordare, come, durante un determinato periodo dello sviluppo, la laringe per una concrescenza del suo epitelio è completamente chiusa. Roth e dopo di lui Köllicher, Putelli, hanno riconosciuto questo fatto.

Altre anomalie congenite molto frequenti sono quelle che colpiscono l'apparato circolatorio, ed esse pure, quando siano causa di grave disturbo nell'ossigenazione del sangue, possono indurre il feto in istato di morbilità potenziale. Rientrano perciò nel tema che mi proposi, perchè la loro esistenza sfugge facilmente e può lasciare l'ostetrico perplesso sulle cause della minacciante morte del neonato. Una ricca bibliografia esiste su tale argomento e mi trattiene dal diffondermivi troppo. Accenno solo a qualche caso che mi è sembrato clinicamente più interessante.

Da alcuni autori le anomalie cardiache e dei grossi vasi vengono così riassunte:

1.° Stenosi dell'istmo dell'aorta.

2.° Stenosi ed atresia dell'arteria polmonare.

3.° Stenosi ed atresia dell'aorta.

4.° Tronco arterioso comune.

5.° Mancanza totale o in parte del setto interventricolare o interauricolare.

Riferisco un caso osservato dal prof. Pestalozza nella R. Clinica di Genova:

Osserv. IV. — Un feto nato apparentemente sano, non si potè indurre ad una completa respirazione e venne perciò quasi subito a soccombere. L'autopsia, previa iniezione vasale, dimostrò fra altre molte-

plici anomalie, l'unicità dell'arteria ombelicale, la mancanza quasi completa del setto interauricolare, ed un esteso difetto alla parte alta del setto interventricolare, causa probabile della morte: condizione tanto più interessante perchè forniva forse la chiave a spiegare nella stessa donna lo strano, doloroso ripetersi della morte del feto subito dopo la nascita in tre parti successivi.

In questo caso è da notarsi come importante dato diagnostico l'unicità dell'arteria ombelicale.

L'importanza di questa anomalia vasale per la diagnosi è confortata ancora dalla seguente osservazione:

Osserv. V. — Il 28 Febbraio 1896 veniva ricoverata nella Clinica Ostetrica di Firenze, Argìa G., d'anni 24, primipara, in travaglio di parto di gravidanza a termine, che trovavasi già in periodo espulsivo da molte ore. Donna sana e abitualmente sempre tale, all'esame ostetrico presentava un bacino normale nei suoi diametri, presentazione di V. in O. I. S. A., nella parte media dello scavo, con battito cardiaco fetale notevolmente rallentato. Essendovi le condizioni permittenti, si praticò tosto un'applicazione di forcipe. Al disimpegno della testa si notò attorno il collo un giro di funicolo molto stretto. Il feto profondamente asfittico fu subito soccorso con i mezzi abituali di respirazione artificiale, usando però prevalentemente l'insufflazione diretta con la canula del Ribemont, le quali rialzarono notevolmente il battito cardiaco. Il feto prese a respirare, ma solo superficialmente, e dopo 12 ore circa veniva a soccombere. Già all'ispezione dei vasi ombelicali si era notata un'arteria unica, e l'autopsia confermò la mancanza dell'arteria ombelicale sinistra. Dato questo fatto, oggetto speciale delle ricerche fu il centro vascolare. Il cuore ed i grossi vasi dissecati accuratamente e poi iniettati ed induriti furono esaminati con diligenza. La proporzione tra il diametro dell'aorta e del dotto arterioso era alterata. Il dotto arterioso di un diametro abnorme raggiungeva la grossezza dell'aorta discendente in modo da sembrare che arteria polmonare, dotto arterioso ed aorta si continuassero in un vaso unico, mentre l'aorta era fortemente ristretta nella sua porzione ascendente.

Con questa disposizione anatomica riducendosi i rapporti vascolari tra cuore e polmone, una quantità notevole di sangue veniva ad essere sottratta all'areazione e trasportata in circolo direttamente.

Ma debbo fare qualche riserva sull'importanza che tale anomalia vasale avrà avuto sulla vitalità del feto; poichè la morte di questo fu

dovuta evidentemente ad un'emorragia parenchimatosa, la quale occupava il limite tra bulbo e midollo spinale, e si spingeva in alto ed in basso sotto forma di emorragia puntiforme. Se questa emorragia fosse dovuta alla compressione prolungata della testa fetale per durata eccessiva del periodo espulsivo, o al giro del funicolo attorno al collo, forse anche compresso dalle branche del forcipe o se pure fosse in rapporto colla malformazione dei grossi vasi, sarebbe compito difficile rintracciare, e d'altra parte intesi con questa osservazione solo dimostrare, come già dissi, quale sintomo prezioso sia l'unicità dell'arteria ombelicale per la diagnosi di cattive conformazioni congenite del cuore o dei grossi vasi.

Un caso di chiusura delle vie arteriose polmonari è descritto con lunga ed interessante monografia da Heine (1866). Si trattava di un bambino che nacque in apparenza sano, e che nella metà del primo giorno niente mostrò di strano: respirava leggermente e gridava. Dopo 18 ore circa cominciò a respirare con difficoltà, aveva alternative di pallore e cianosi ma per lo più cianosi, polso debole, deglutizione difficile. Dopo due giorni morì. All'autopsia l'autore trovò che l'arteria polmonare nel punto di uscita dal cono arterioso del ventricolo destro mostrava un'atresia completa rivelata esternamente da uno strozzamento anulare, e si continuava poi in forma di bulbo, dividendosi dopo breve tragitto nelle due branche polmonari. Dal ramo sinistro polmonare prendeva origine un dotto arterioso straordinariamente lungo, e di diametro notevole che terminava nell'arco aortico. Il sangue penetrava nei polmoni rifluendo dall'aorta e dotto arterioso.

Coyla (1884) in un bambino che visse solo 10 giorni, persistentemente cianotico, con respirazione superficialissima, riscontrò un vaso che faceva comunicare l'estremità del ventricolo destro coll'origine dell'aorta; il cuore era ipertrofico e spostato nella cavità pleurica sinistra, per cui il polmone di questo lato era ridotto ad 1[3 del suo volume, ed il destro, benchè voluminoso, era quasi completamente ateletasico.

Riporto ancora una disposizione anomala dei grossi vasi descritta da Crespin (1886) perchè è identica a quella della prima osservazione. Egli pure osservò in un cuore di neonato l'aorta molto ristretta tra la sua origine e il canale arterioso; questo invece enormemente dilatato continuava il tronco dell'arteria polmonare fine alla parte convessa dell'arco aortico di cui sembrava esser l'origine.

Schröder dice aver osservato sei volte la morte subitanea del bambino dopo il parto, e trovò sempre vizio di conformazione del cuore.

La maggior parte delle affezioni congenite cardiache hanno origine da arresti di sviluppo, e sono pochi i casi derivanti da processi di endocardite svoltasi durante la vita intrauterina. Dopo la nascita gli effetti di tali vizi cardiaci si fanno gravissimi. Per le anomale connessioni vascolari non solo avviene la mescolanza del sangue arterioso e venoso, ma affluendo ai polmoni una scarsa quantità di sangue si compie una areazione insufficiente per l'organismo. Fatto questo che produce la cianosi, che può essere di grado variabile, e costituisce il sintomo principale di tali affezioni, sebbene non debba ritenersi per immancabile ed esclusivo.

Attacchi di dispnea, convulsioni, polso ora lento, ora rapido, intermittente; congestioni polmonari, sono tutti disturbi che possono presentare i bambini, allorquando sopravvivono qualche giorno; nella regione del collo si può osservare polso venoso delle giugulari, dipendente spesso da vizio della tricuspide, od in altri casi pulsazioni anomali delle carotidi. Riguardo ai segni stetoscopici rammento sommariamente come nella stenosi dell'arteria polmonare il rumore di soffio può essere intenso al 3.° spazio intercostale sinistro, e a livello della cartilagine xifoide; ed è propagato ai vasi del collo quando esiste pervietà del *septum* ventricolare; mentre un rumore sistolico alla base può essere indizio di pervietà del dotto arterioso. Ma sono dati sempre molto incerti e non si può attribuire loro una grande importanza.

Anche il sistema nervoso centrale non va esente da lesioni organiche tutto affatto intime che sfuggono alla diagnosi, e riescono letali per il feto. Il caso che vado a riferire fu osservato dal prof. Pestalozza nella Clinica ostetrica di Genova:

Osserv. VI. — Si tratta di un feto che presentava solo una piccolezza abnorme della testa, respirò ma debolmente, pianse, succhiò a diverse riprese, diede segni manifesti di reazione agli stimoli esterni, ma poi a poco a poco si spense. L'autopsia dimostrò un grave difetto di sviluppo del cervello, una microencefalia il cui momento etiologico era stabilito da un processo morboso di idrope dei ventricoli laterali; perciò una di quelle forme che il Giacomini nel suo classico lavoro sul cervello dei microcefali raggruppa sotto la qualifica di pseudomicroencefalie e precisamente microidroencefalo.

Non mi soffermo su quelle anomalie anatomiche che colpiscono il canale intestinale sotto forma di atresie, perchè troppo mi allontanerei dal tema che mi proposi. Passo piuttosto al alcune considerazioni pratiche che possono dedursi dai casi descritti.

Una grave difficoltà alla diagnosi di anomalie anatomiche congenite può l'ostetrico trovarla quando l'asfissia extrauterina fu complicata da asfissia endouterina. In tale contingenza egli dovrà anzitutto giudicare se il grado di asfissia è proporzionale all'intensità e alla durata delle sofferenze che hanno colpito il feto durante il travaglio. Se però il medico assisterà ad un parto eutocico con espulsione di un bambino, che presenta pulsazioni regolari del cordone, vivaci moti attivi, aspetto roseo e che improvvisamente minaccia di soccombere, per incapacità ai moti respiratori, dovrà tosto pensare a lesioni gravi di qualche organo vitale. Vizio di cuore, o dei grossi vasi, ernia diaframmatica, atelectasia polmonare, imperforazione della laringe, sono le lesioni che più frequentemente si incontrano e che debbono essere discusse. La diagnosi di un'affezione congenita cardiaca può con qualche fondamento essere convalidata dai seguenti sintomi: cianosi, rigurgito di sangue nelle vene del collo, pulsazioni anormali o soffio sulle carotidi, rumore di soffio alla base del cuore talora propagato alla clavicola o alle apofisi xifoidi. La coesistente unicità dell'arteria ombelicale è un dato molto importante come lo provano i casi da me descritti.

Quando invece si osservano movimenti inspiratori profondi, isolati con forte rientramento dell'epigastrio, e si ascoltano toni cardiaci puri, e mancanza del murmure vescicolare, allora si hanno dati obbiettivi che debbono indirizzare più specialmente le nostre ricerche sull'apparato respiratorio. Insufflando direttamente aria nei polmoni colla canula del Ribemont si escluderà o no l'esistenza di un'atresia laringea, e potremo osservare come e in qual grado si compia l'espansione polmonare. Qualora questa fosse deficiente si può ammettere, con molta probabilità, l'ipotesi o di un'atelectasia polmonare o di un'ernia diaframmatica. Nel primo caso si farà la ricerca di precedenti sifilitici, nel secondo si ricercheranno i sintomi dell'ernia. Si verificherà con attenzione la ubicazione dell'urto dell'apice cardiaco e il suo eventuale spostamento, l'inarcamento della parete toracica antero-laterale. La percussione praticata leggermente metterà in rilievo la possibile differenza di sonorità tra i due lati del torace, il limite superiore del fegato,

e il suo aumento di volume. Con l'ascoltazione sarà facile riscontrare da un lato la mancanza assoluta di murmure vescicolare, sostituito da rumori indeterminati. A questi sintomi possiamo aggiungere anche l'esagerazione dei movimenti attivi durante la gravidanza.

La suddetta sintomatologia si riassume nei seguenti principali dati obbiettivi:

1.° Ernia diaframmatica: rientramento epigastrico, spostamento del cuore, ottusità nell'ambito polmonare.

2.° Atelectasia polmonare: rientramento epigastrico, posizione normale del cuore, precedenti sifilitici.

3.° Vizii di cuore e dei grossi vasi: manca il rientramento epigastrico, cianosi, rumore di soffio nell'area cardiaca; frequenti anomalie dell'arteria ombelicale.

4.° Imperforazione della laringe: impossibilità al cateterismo.

Data l'esistenza di un'ernia diaframmatica è ovvio raccomandare di astenersi dall'imprimere forti scosse al tronco del feto come inevitabilmente avviene con alcuni metodi di respirazione artificiale, e sarà invece condotta prudente limitarsi all'insufflazione diretta, inalazioni di ossigeno, ecc.

Gli organi vitali voluminosi, come fegato, che possono trovarsi nel torace, deformati, ipertrofici, e strozzati da un anello diaframmatico molto stretto, le aderenze che possono avere contratto, ed in altri casi l'alto grado di atrofia che colpisce talora la porzione dorsale del diaframma, danno con molta ragione a dubitare delle parole di I. Ikeda: « In Zukunft sicher eine fruhzeitige Diagnose ermöglichen wird, so das unter Umständen Reposition durch Laparotomie in Erwägung gezogen werden kann. »

Riguardo alla frequenza di queste mostruosità viscerali latenti, mi limito a dichiarare come ebbi l'impressione dalle ricerche fatte, che esse siano meno rare di quello che forse ordinariamente si creda. Non vi è dubbio che un gran numero di esse sfugge all'osservazione; ed infatti, se un feto nato mostruoso viene, quasi sempre, portato in esame ad Istituti scientifici dalla famiglia stessa, è ben raro che questo sia fatto per un feto apparentemente ben conformato che nasce e muore.

La massima parte dei casi che si trovano descritti furono raccolti negli Istituti di Maternità, dove lo studio di essi potendo essere com-

pletato dal reperto anatomico, assume un'importanza oltrechè clinica anche embriologica.

Alla casistica e allo studio di alcune tra queste mostruosità viscerali latenti e letali per il feto, con questa mia breve nota, intesi portare un modesto contributo.

BIBLIOGRAFIA.

1824. F. Rossi. « De nonnullis monstruositatibus in internis humani corporis partibus. » *Acc. Scienze*, Torino, Vol. 30, pag. 166.

1837. Parise. *Bull. Soc. Anat.*, pag. 99, Paris.

1847. Dubois. *Bull. Soc. Anat.*, pag. 313.

1849. Vrolich. « Tabulae ad illustrandam embrjogenesis hominis et mammalium tam naturalem quam abnormem. »

1856. Dumont-Pallier. *Bull. Soc. Anat.*, pag. 305.

1862. Martin. *Monatschrift für Geburt. und Frauenkrankeiten*, Neunzehnter Band, Sechtes Heft, Berlin.

1875. G. Sangalli. « La scienza e la pratica dell'anatomia patologica. »

1885. Bischoff. « Drei Fälle von Hernia diaphragmatica congenita. » *Arch. f. Gynaekologie*, pag. 437.

1886. Potoki. *Bull. Soc. Anat.*, pag. 345.

1861. Förster. « Die Missbildungen des Menschen. »

1893. Ikeda. *Centr. f. Gyn.*, N. 47.

1894. Clozier. *Bull. Soc. Anat.*

1894. Dittel. *Centr. f. Gyn.*

Rose dott. Edmondo. « Ueber spina bifida und über angeborene Atresien seltener art. » *Monatschrift f. Geburt.. und Frauenk.*, Band. XXVII u. XXVIII.

1895. Sears (G. C.). *Boston Med. and Surg. Journ.*

1891. O. Hertwig. « Traité d'embriologie. »

1894. Minot. « Lehrbuch der entwickelungs geschichte des Menschen. »

1896. A. Prenant. « Elements d'Embriologie de l'homme et des vertebrés. »

1894. Carpenter. « Congenital affections of the heart. » London.

I. W. Ballantyne-. « The diseases and deformities of the foetus. »

1881. Taruffi. « Storia della Teratologia. »

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELLA R. UNIVERSITÀ DI PAVIA
diretto dal Prof. L. Mangiagalli

TRE GRAVIDANZE NORMALI DOPO NEFRECTOMIA

PEL

Dott. ENRICO TRIDONDANI

Secondo Assistente.

La patologia renale ha nella patologia della gravidanza una parte così importante e così universalmente riconosciuta, che condizioni comunque anormali o di ambedue i reni, o di un rene soltanto, vengono in ogni caso ad assumere di fronte alla medesima un alto significato. Questo, evidentemente, merita di essere preso in singolare considerazione allorquando nel soggetto venga a mancare uno degli organi di questo apparato secernente. In uno dei primi numeri della *Berliner Klinische Wochenschrift* del corrente anno leggesi una memoria di I. Schramm (1), riferentesi agli effetti remoti d'una nefrectomia in donna nella quale era sopravvenuta gravidanza dopo un certo tempo dall'operazione subìta. Deplora egli la scarsezza delle osservazioni e delle note che esistono nella letteratura intorno alle vicende cui possono andare incontro, per la gravidanza, pel parto e pel puerperio, donne che furono precedentemente operate di estirpazione di un rene. Infatti, prima della sua, non si trovano che due memorie, l'una di un caso di Fritsch, in cui la nefrectomia era stata praticata per fistola ureterale, e l'altra di un caso di Israel, ove trattasi di una donna, a cui nel decorso di una gravidanza era stato estirpato un rene affetto da tubercolosi.

---

(1) I. Schramm. « Schwangerschaft, Geburt, und Wochenbett nach Nierenexstirpation. » *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1896, N. 6.

Con gli stessi intendimenti, e cioè per apportare alla letteratura un contributo alla casistica di questo argomento, e dietro consiglio del mio maestro, il prof. Mangiagalli, m'indussi a render nota la seguente storia clinica, la quale offre molte analogie con quella sovraccennata di Schramm, ed è specialmente interessante perchè trattasi non di una, ma di tre gravidanze sopravvenute a brevissimo intervallo in soggetto antecedentemente operato di asportazione di un rene. Il caso offre poi tanto più interesse in quanto che da esso, come del resto anche dagli altri accennati, sia di Fritsch, sia di Israel, e sia ancora da quello di Schramm, possono dedursi conclusioni pratiche non poco discordi da quelle a cui sarebbe giunto quest'ultimo autore.

***

Cattaneo Giuseppa, d'anni 29, contadina, di Semiana, ricoverava nella Clinica ostetrico-ginecologica di Pavia il 12 Luglio 1890 nel decorso dell'ottavo mese di una gravidanza, che, normale fino ad una settimana prima, veniva improvvisamente turbata per brusca insorgenza di fenomeni di occlusione intestinale (vomito, dolori addominali vivissimi, singhiozzo) accompagnati da una certa difficoltà e dolore nell'urinare e da notevole scarsezza della quantità dell'orina. Queste condizioni, aggravate dalla persistente stipsi, esistevano ancora al momento dell'ingresso dell'ammalata in Clinica, e davano alla donna un aspetto sofferente. Polso e respiro frequenti: area di ottusità cardiaca spostata in alto. Addome assai disteso, timpanico, dolentissimo: la palpazione, per quanto è concessa dalla dolorabilità estrema, lascia distinguere verso destra un corpo ovale, allungato, che è l'utero gravido, e meno nettamente verso sinistra una massa fluttuante divisa dall'utero mediante un solco verticale: lungo questa linea di divisione si sente spiccato il soffio uterino. La circonferenza dell'addome è di 110 cm. I visceri ipocondriaci sono spostati in alto, specialmente la milza, il cui limite superiore è al margine inferiore della 5.ª costa.

Solo dopo quattro giorni, mediante applicazione di enteroclismi, si ottennero scariche intestinali: si videro scemare allora i dolori e la tensione del ventre. Gli altri disturbi andarono a poco a poco mitigandosi, e la donna partoriva poi spontaneamente, il 20 Agosto, un bambino maschio del peso di 3500 gr. Puerperio pressochè normale.

L'impressione che si ricavò dall'esame durante la gravidanza e subito dopo il parto, fu che la massa fluttuante a sinistra dell'utero risultasse da un sacco cistico fissato per parziali aderenze alla parete addominale,

con fenomeni di peritonite nelle sue vicinanze: forse una cisti ovarica in cui si fosse bruscamente avverata la torsione del peduncolo. Essendo frattanto scemati i disturbi, si consigliò la donna a ripresentarsi dopo il periodo puerperale per assoggettarsi eventualmente all'operazione.

La donna infatti rientrava in Clinica il 1.° Novembre 1890. Al momento dell'ingresso il tumore addominale è assai ridotto di volume; si sente attraverso alle pareti addominali di sinistra come un corpo non più fluttuante, ma solido e dotato di scarsa mobilità: tentando di sollevarlo in alto, si dà luogo a sensazione dolorosa. Dal lato della vagina esso è malamente accessibile, restando fissato in alto; sollevandolo con manovre combinate, il movimento di ascesa viene trasmesso all'utero. È questo l'unico rapporto, che permette ancora di pensare ad un tumore ovarico; d'altra parte la percussione alle regioni lombari, mentre lascia percepire a destra l'ottusità normale in corrispondenza del rene, dà una distinta risonanza timpanica a sinistra. Quantunque a questo segno non sia da attribuire grande valore, esso tuttavia fece sorgere il dubbio che si trattasse di rene spostato, e assai probabilmente di un rene primitivamente mobile, fissato in posizione abnorme durante l'ultima gravidanza. Ad ogni modo, considerati i dolori di che il tumore è cagione alla donna, constatata normale per qualità e quantità la secrezione urinaria, si procede alla laparotomia il giorno 8 Novembre 1890.

Anche dal punto di vista pel quale noi abbiamo preso a considerare il caso, può la storia dell'atto operativo offrire una certa importanza; ed è perciò che qui la riferisco. Aperto il ventre sulla linea mediana, e introdotta la mano, si avverte il tumore tenacemente adeso alla parte sinistra ed alta della parete anteriore dell'addome. Lo si scolla con le dita rompendo le fitte aderenze parietali e incidendo fra due allacciature le viscerali, e tra queste anche un cordone cavo, della grossezza del pollice, decorrente in basso verso gli organi pelvici, che si riconobbe poi essere l'uretere. Nello scollamento il tumore si lacera, e ne esce una poltiglia grigiastra senza odore: il dito portato nella cavità del tumore, lascia sentire nel suo fondo delle impressioni digitiformi, che permettono senz'altro di completare la diagnosi, perchè si presentano come calici renali dilatati. Distaccato in massima parte il tumore, della grossezza di una testa di feto, si vede che presenta un peduncolo alla sua parte alta e posteriore: trafiggesi il peduncolo con un ago che serve di guida ad un robusto laccio elastico, e al disopra del laccio annodato si asporta il tumore. Cauterizzata la superficie di sezione, il peduncolo col laccio viene affondato. Si lava il peritoneo con acqua sterilizzata, e si collocano in posto due tubi di drenaggio, uno in basso nello spazio del Douglas, e l'altro in alto fra le anse intestinali. Si chiude infine la ferita dell'addome.

Il decorso consecutivo fu perfettamente regolare: i tubi, che diedero esito nel primo giorno a discreta secrezione, vengono tolti il secondo giorno: temperatura massima 37.° 8. La donna guarita lascia la Clinica il 30 Novembre.

La diagnosi di rene spostato, a cui aveva indirizzato la mancante ottusità alla regione renale sinistra, si completa coll'ipotesi che un rene primitivamente mobile abbia, durante la gravidanza, incontrato una degenerazione cistica per probabile brusca inflessione dell'uretere, e in questo momento, per la insorta peritonite, abbia contratto abnormi aderenze colla parete anteriore dell'addome.

Dal Novembre 1890, epoca in cui subì la nefrectomia, fino al presente, questa donna godette sempre di floride condizioni di salute, ed ebbe tre parti normali di feti vivi, a termine, di sviluppo superiore alla norma: parti preceduti da gravidanze normali e seguiti da puerperii fisiologici.

Fu fortuna che la donna, in tutte e tre le gravidanze avute dopo l'atto operativo, abbia ricoverato nella Clinica parecchi giorni prima del parto, giacchè ci porse modo così di tener dietro, in tutte e tre le volte, a tutti quanti i fenomeni successivamente presentati sia dalla gravidanza, sia dal parto, sia dal puerperio. Essa infatti il giorno 22 Novembre 1891, e perciò un anno soltanto dalla subìta operazione, ritornava nuovamente nella Clinica, gravida verso la metà del nono mese.

Il 3 Dicembre partoriva in modo affatto normale una bambina sana, del peso di 3900 gr. e della lunghezza di 52 cm. Circa due anni dopo, e precisamente il 7 Gennaio 1894, rientra nell'Istituto negli ultimi giorni di una nuova gravidanza, a termine della quale (23 Gennaio) si libera di un bambino maschio, sano, del peso di 3850 gr. e della lunghezza di 51 cm. Infine fa ritorno ancora una volta a noi l'11 Aprile del corrente anno presso il termine di un'altra gestazione, che mette capo (24 Aprile) al parto di un feto maschio, vivo e sano, più voluminoso ancora dei precedenti, della lunghezza di cm. 52 e del peso di gr. 4250. È da notare che la donna ricoverò così più volte all'Istituto, non già per disturbi che complicassero la gravidanza o che minacciassero il buon andamento del parto, ma unicamente perchè ciò le tornava comodo, sfuggendo così alle strettezze della propria casa.

Nel decorso di tutte e tre queste gravidanze non intervennero fenomeni nè subbiettivi nè obbiettivi di sofferenza alcuna. Niuna traccia

di edema, e nemmeno di edemi meccanici, nonostante il forte sviluppo fetale e la presenza di liquido amniotico in quantità superiore alla norma: le urine furono trovate sempre normali per quantità e qualità. Il parto in tutte e tre le volte avvenne a termine, ed anch'esso non presentò particolarità alcuna che ne turbasse il regolare andamento: durò il primo 6 ore e 1|2, 12 ore e 1|4 il secondo, e 16 ore e 3|4 il terzo. La lunga durata di quest'ultimo, superiore alla durata ordinaria del parto di pluripara, è spiegata dal forte sviluppo del feto (4250 gr.) e dalla posizione sua in O. I. D. P. Sempre spontaneo e facile fu il secondamento: sano lo stato sia della placenta, sia delle membrane. Anche i tre puerperii furono del tutto fisiologici: pure nel decorso di questi le urine, emesse sempre spontaneamente, furono trovate normali per quantità e qualità: normale la lochiazione, buona la involuzione uterina: la temperatura non sorpassò mai i 37°, ed in tutt'e tre i casi il polso offriva spiccatamente il tipico carattere puerperale. La portata lattea si iniziava regolarmente in terza giornata di puerperio. Abbondante la secrezione lattea, sì che la donna porse spesso il seno ad altri bambini oltre che al proprio. Gli allattamenti dei due primi bambini avuti dopo la nefrectomia durarono senza disturbo alcuno per 13-14 mesi. Essa sta ora allattando l'ultimo suo nato.

***

Non sono poche le questioni che spontanee s'affacciano alla mente di chi anche solo superficialmente prenda a considerare il caso ora esposto, questioni che riflettono la patologia generale, ed in ispecial modo questioni che riflettono la patologia gravidica. Siamo infatti di fronte ad un caso, in cui l'area di secrezione renale viene, d'un tratto, ad essere ridotta della metà, condizione, che, nonostante il succedersi di tre gravidanze, parti e puerperii, nonostante quindi l'azione di fattori capaci di indurre nell'apparato secernente renale un'insufficienza funzionale, ove questo non goda della sua integrità, pure lasciò l'organismo in buone condizioni di salute, e non solo, ma non determinò neppure fatto alcuno che indicasse essere menomata o comunque alterata la secrezione urinaria.

Il Grocco (1) in un suo lavoro di qualche anno fa intorno alla

---

(1) P. Grocco. « Di alcuni fatti nuovi in contribuzione alla patologia e alla cura delle malattie renali. » *Gazz. Med. di Torino*, 1892.

patologia renale, dopo aver detto che la clinica e l'esperimento dimostrano che l'uomo ed altri animali possono vivere in buone condizioni dopo l'ablazione di un rene, in grazia di una ipertrofia compensativa dell'altro rene, per la quale il contributo di esso può corrispondere alle medie fisiologiche, soggiunge però tosto che ciò non implica punto che il rene unico e vicariante abbia tutto quel fondo di riserva che hanno i due reni quando sono chiamati ad un lavorìo di eliminazione che sia diverso dal solito, quale potrebb'essere, ad esempio, se si trattasse di una maggior quantità di principii escrementizii. Esperimenti di Mya e Vandoni (1) hanno infatti dimostrato che inoculando urea nel sangue di animali privati di un rene, questi vengono molto più facilmente a soccombere che non se inoculati avendo integri ambedue i reni. Ora, un lavorìo di eliminazione assai diverso dal solito è appunto quello che incombe al rene nello stato di gravidanza. È maggiore infatti l'eliminazione attraverso di esso di sostanze di metamorfosi regressiva e sopratutto di urea, come fu dimostrato da Cioia (2), da Quinquaud e da altri; e se da una parte occorre che questo lavorìo di eliminazione sia più attivo ed intenso che fuori di gravidanza, d'altra parte questa crea condizioni tali per cui l'attività renale può essere ora più ora meno notevolmente inceppata: donde il cosidetto rene gravidico, donde la nefrite, donde l'albuminuria delle gravide: l'Halbertsma è giunto perfino a considerare l'albuminuria quale un sintomo di gravidanza.

Ordinariamente non si giunge a queste condizioni morbose: si ha, secondo Veit (3), albuminuria nel 5 $^{0}/_{0}$ delle gestanti: in questa cifra s'accordano anche le moderne statistiche, secondo il Vinay (4); nondimeno anche nella gravidanza normale, osserva lo stesso autore, i reni offrono un certo grado di alterazione nella loro attività secernente, sebbene ciò non sia indicato da alterate qualità dell'urina: trattasi, per usare una parola di Veit, di un labile equilibrio in cui dalla gravidanza

---

(1) Mya e Vandoni. « Contributo all'albuminuria e nefrite sperimentali. » Torino, 1883.

(2) Cioia. « Contributo allo studio della patogenesi della nefrite gravidica e dell'eclampsia. » Milano, 1890.

(3) Veit. « Physiologie der Schwangerschaft. » — Mueller. « Handbuch der Geburtshülfe. » Band I, S. 224.

(4) Vinay. « Traité des maladies de la grossesse. » Paris, 1894, p. 376.

è posta la funzione renale, di uno stato intermedio fra il normale e il patologico, in guisa che questo è rasentato assai da vicino. Il Leyden (1) fu uno dei primi che contribuì a fare ammettere una lesione speciale del rene in gravidanza, consistente in una infiltrazione grassa dell'epitelio secretore, alterazione a cui venne applicato l'appellativo di *rene gravidico*. Essa non è una forma infiammatoria, sebbene con molta facilità possa mettere capo ad essa: è semplicemente una forma degenerativa. Una tale degenerazione grassa del rene durante la gestazione venne constatata, oltre che da Leyden, da Bartels, da Dickinson e da altri molti: e fu altresì constatato che essa va aumentando col progredire della gravidanza. Di questo stato singolare del rene, del quale il Leyden dà i caratteri anatomo-patologici, taluno ha indicato anche i caratteri clinici: questi furono recentemente studiati da Fischer (2), il quale stabilisce che è indicato il rene gravidico dal trovare nell'urina dei leucociti e un contenuto d'albumina nella quantità tutt'al più del 0. 03 °/₀. Questa steatosi gravidica del rene, osserva il Vinay (3), per sè certo non dà luogo a nefrite, ma rende quest'organo più vulnerabile di fronte alle cause che turbano la secrezione renale.

A vere condizioni morbose poi dobbiamo credere che tanto più facilmente sarà condotto il rene rimasto solo a sostenere tutto il lavorìo di eliminazione, se è vero ciò che si ammette oggidì, che tali condizioni, e, in una parola, la nefrite è per lo più originata dal passaggio attraverso il rene di sostanze che agiscono alla guisa di tossici ed infiammano i vasi, il connettivo e gli epiteli (4). Tossicamente infatti agisce su questi elementi renali l'urea: e l'azione tossica portata da questa sostanza regressiva si comprende come debba essere maggiore pensando che essa viene prodotta in quantità maggiore nello stato di gravidanza che fuori di esso, che tutto il passaggio della medesima deve avvenire attraverso ad un unico rene, e che questo deve dare passaggio, nell'unità di tempo, ad una quantità di questa so-

---

(1) *Zeitschrift für Klinische Medicin*, Bd. II.

(2) FISCHER. « Klinische Beiträge zur Diagnose der Schwangerschaftsniere. » *Prag. Med. Wochenschrift*, 1892, N. 17,

(3) VINAY. « Traité des maladies de la grossesse. » Paris, 1894, p. 4. *Zeitschrift für Klinische Medicin*, Bd. II.

(4) BOZZOLO e RATTONE. « Atti del 2.° Congresso di Medicina interna, » F. Vallardi, Milano.

stanza tossica molto maggiore che nella norma, epperò più concentrata. A vere condizioni morbose poi si può credere che tanto più facilmente l'organismo sarà condotto dal rene rimasto solo a sostenere tutto il lavoro di epurazione del sangue, se è vero ciò che non pochi autori sostengono, ossia che la formazione dell'urea, l'elemento principale dell'urina che rappresenta il prodotto terminale della ossidazione delle sostanze di metamorfosi regressiva, avvenga, per la massima parte almeno, in corrispondenza dei reni. L'ossidazione infatti di tali sostanze è condizione necessaria alla loro eliminazione.

La nefrite, d'altra parte, non riconosce soltanto l'origine a cui abbiamo testè accennato, ossia un'origine tossica: essa trova le condizioni favorevoli alla sua insorgenza anche in alterate condizioni circolatorie del rene, e precisamente nella stasi venosa renale. Questa infatti ha per effetto di alterare la nutrizione del glomerulo, e necessariamente anche la sua funzione depuratrice del sangue. In ciò, come vedremo più innanzi, è riposta la causa dell'albuminuria secondo le dottrine di Heidenhein e di Murri, seguite ormai da quasi tutti gli autori moderni. Orbene, tali condizioni possono essere determinate dalla gravidanza: giacchè per la presenza dell'utero gravido entro l'addome è favorita la congestione venosa del rene, la quale, in circostanze normali, perchè compensata dall'aumento della pressione arteriosa, non produce ordinariamente dannosi effetti: questi invece potranno facilmente aversi quando sia unico il rene, sulla cui vena emulgente, ampliata per virtù di compensazione, le cause favorenti la stasi si faranno maggiormente sentire.

Del resto, l'alterazione dell'endotelio e dell'epitelio glomerulare, come hanno dimostrato le esperienze di Cohnheim, è conseguenza tanto della stasi venosa dell'organo quanto d'una limitazione del sangue arterioso destinato alla circolazione glomerulare. Ad utero gravido, una tale limitazione è ovvio il credere che abbia luogo pensando all'origine contigua dei vasi arteriosi del rene e dell'utero. Attraverso i vasi utero-ovarici l'utero richiama una corrente arteriosa abbondantissima, la quale necessariamente non può a meno di deviare un poco, di limitare per un certo grado quella che si fa verso il rene. La gravidanza dunque esercita un'influenza sfavorevole su questo organo perchè porta ostacolo non solo all'uscita del sangue venoso, ma nello stesso tempo all'apporto di sangue arterioso (Vinay).

È da tener conto infine della possibilità della compressione dell'uretere da parte dell'utero gravido. Questa compressione, quale causa comune dell'albuminuria gravidica, trovò in Halbertsma (1) uno dei più caldi sostenitori. Anche recentemente del resto in favore di essa si espresse il Tibone (2), dicendo che nella patologia della gravidanza l'influenza dell'utero sugli ureteri ha un'importanza più grande di quella che per lo più le si attribuisce. Egli inoltre osserva che se ordinariamente non si fa sentire il danno della compressione dei canali che fanno comunicare il rene colla vescica, ciò è perchè raramente la compressione è bilaterale. È evidente che allorquando integre sono le condizioni anatomiche e funzionali di ambedue i reni, la compressione, a cui andasse soggetto anche un po' a lungo uno degli ureteri, non potrebbe recare danno molto grave, grazie alla presenza dell'altro rene che può supplire alla inceppata funzione di quello: ma quando unico è il rene, la compressione, la restrizione anche leggera, anche temporanea del rispettivo uretere, costituisce sempre, senza dubbio alcuno, un pericolo gravissimo.

La semplice considerazione di questi fatti dimostra come la gravidanza intervenuta in un individuo privo di uno di questi due importanti organi emuntorii costituisca un pericolo non lieve per l'integrità di quello superstite, e necessariamente un pericolo per la vita della donna.

Quello che fu detto per la gravidanza è pure a dirsi del parto e del puerperio. Gli squilibrii circolatorii, che si determinano durante il travaglio del parto e nei primi tempi del puerperio, possono benissimo esercitare un'influenza funesta sull'unico rene superstite. Durante il travaglio questa azione degli squilibrii circolatorii, che avvengono necessariamente in causa dei rapporti di contiguità che esistono fra la circolazione dell'utero e quella del rene, è tanto comune e evidente, che si parla perfino di una albuminuria da travaglio, e Flaischlen (3) osserva che quando esistono alterazioni renali in gravidanza, esse au-

---

(1) Halbertsma. « Sur la pathogenie de l'albuminurie des femmes enceintes. » *Annales de Gyn.*, 1884, t. XXI.

(2) Tibone. « Etiologia dell'eclampsia. » Relazione fatta al Congresso Medico internazionale di Roma, 1894.

(3) Flaischlen. *Zeitschrift für Geb. und Gynäk.*, VIII Bd., S. 404.

mentano ancora più durante il parto. La frequenza dell'insorgere delle convulsioni eclampsiche appunto nel decorso del medesimo ne è la più chiara prova. Se dunque anche in reni sani ed ambedue regolarmente funzionanti, il travaglio del parto è capace di determinare albuminuria, questa sarà tanto più facile allorquando ad uno solo di questi organi è addossato il compito della secrezione urinaria.

Nel puerperio poi ancora più manifesta è l'azione degli squilibrii circolatorii: in esso infatti, e sopratutto durante i primi momenti del medesimo, si ha uno squilibrio rapidamente indotto dalla diminuzione della pressione endo-addominale per lo svuotamento dell'utero: oltre a ciò è da notare che la contrazione e la retrazione di questo organo, secondo quanto afferma lo Spiegelberg (1), spingono la massa sanguigna riempiente i seni uterini entro la vena cava ascendente: la stasi di questa (stasi che evidentemente non può essere che temporanea) si riflette sulle vene periferiche, ed in ispecial modo sulle renali, determinando così stasi renale.

Ma ad altre circostanze dobbiamo por mente, ad altre circostanze che nel caso nostro minacciavano l'integrità della funzione renale, e dalle quali nondimeno questa riuscì illesa. Trattavasi qui di donna, nella quale, dopo l'ablazione del rene, a brevi intervalli si sono succedute tre gravidanze, e quindi in un tempo relativamente breve hanno agito ripetutamente quei fattori che poc'anzi dicemmo essere capaci di indurre alterazione renale. Nota a ragione il Vinay (2) come il frequente ripetersi nel rene delle alterazioni che in esso può indurre anche la gravidanza normale, il frequente ripetersi insomma del cosidetto rene gravidico, possa dare sviluppo coll'andar del tempo ad una vera nefrite interstiziale.

Trattavasi poi qui di un soggetto, in cui oltrechè le gravidanze consecutive alla subìta operazione, è da prendere in considerazione, per lo scopo che noi ci proponiamo (quale è quello di valutare gli effetti della mancata azione di un rene in gravidanza), anche la gravidanza che precedette l'atto operativo, quella cioè in cui scoppiarono i fenomeni morbosi che consigliarono l'intervento operativo suddetto.

---

(1) SPIEGELBERG. « Ueber die Complication des Puerperium mit chronischer Herzkrankheiten. » *Archiv. für Gynäk.*, 1891, Bd. I.

(2) VINAY. « Du rein gravidique à répétition. » *Archiv. de tocol. et de gynéc.*, XX, N. 12.

Più sopra infatti facemmo l'epilogo del caso con l'ipotesi che un rene, primitivamente mobile, durante la gravidanza sia andato incontro a idronefrosi e degenerazione cistica per probabile brusca inflessione dell'uretere. Apro qui una parentesi per rilevare la somiglianza grande del caso con quello riferito da Schramm (loco cit.): anche in questo infatti l'alterazione cui andò incontro un rene mobile (idronefrosi), e che indusse poi all'ablazione di esso, fu determinata da inflessione e torsione dell'uretere. Ecco un dannosissimo effetto che sopra di un rene mobile è capace di determinare la gravidanza. Ma quello che a noi importa rilevare nel caso nostro si è questo. Se, come è quasi certo, l'alterazione del rene ha avuto un inizio brusco colla flessione e quindi con l'occlusione dell'uretere durante la gestazione, ecco che nel decorso di questa stessa gestazione, che precedette l'atto operativo, è venuta a mancare l'azione di un rene. Lo prova il fatto che si ebbe a notare tosto una scarsezza considerevole nella quantità dell'orina; e lo prova l'esame dell'organo esportato poco tempo dopo, che fu trovato affetto da idronefrosi e da degenerazione cistica, incapace quindi di qualsiasi attività funzionale. Anche questa gestazione dunque, per lo scopo di cui noi ci occupiamo, è da aggiungere alle tre che seguirono la nefrectomia. Poichè, sebbene al primo insorgere dell'accidente sopraccennato, ed anche nei primi giorni ad esso consecutivi, fossero intervenuti fenomeni abbastanza minacciosi per la vita della donna, e sopratutto fenomeni spiccati di peritonite, pure questi sintomi gravi dopo pochi giorni si dissiparono totalmente: colla somministrazione di enteroclismi si ottennero abbondanti scariche intestinali, e si videro abbastanza rapidamente scomparire i dolori e la tensione del ventre. La secrezione dell'orina tornò a farsi normale per quantità e qualità: e la gestazione, proceduta in modo regolare nel restante suo ultimo periodo, mise capo di lì a un mese al parto normale di un bambino vivo, del peso di 3500 grammi. Anche il puerperio decorreva affatto normalmente. La mancata azione d'un rene deve dunque farci prendere in considerazione questa gravidanza, non altrimenti che le tre che seguirono la nefrectomia, ed anche a miglior ragione in quanto che nel decorso di essa la funzione venne a mancare improvvisamente; venne a mancare nel periodo ultimo della gestazione (ottavo mese), periodo nel quale massimo è il grado di lavoro che incombe al rene, e nel quale, anche per semplici ragioni meccaniche, le complicazioni morbose gravidiche sono

maggiormente a temere; e venne a mancare in mezzo ad un corteo di fenomeni morbosi piuttosto gravi, quali furono i fenomeni di peritonite, per la quale il rene venne a contrarre abnormi aderenze colla parete anteriore dell'addome.

Per le due ultime gravidanze avute dalla donna si potrà fino ad un certo punto spiegare la sufficienza della secrezione renale, anche per opera di un sol rene, ammettendo un lento addattamento, ammettendo cioè che il rene superstite gradatamente si è acconciato a vicariare il rene mancante, in grazia sopratutto di una ipertrofia e di una iperattività compensatrice. Meno bene invece torna questa spiegazione per la gravidanza che ha preceduto e per quella che ha seguito immediatamente l'atto operativo: nella prima il rene si trovò d'un tratto privato della cooperazione dell'altro rene in cui un accidente improvviso venne a sopprimere od almeno a scemarne notevolmente la funzione; e la seconda era sopravvenuta poco tempo dopo (2 mesi) un atto operativo grave, pel quale uno dei reni era stato completamente eliminato.

Nel caso riferito da Israel (1) poi non solo l'alterazione renale erasi manifestata durante la gravidanza, ma l'ablazione stessa dell'organo fu fatta nel decorso della medesima: e nondimeno questa fu portata normalmente a termine con parto di bambino sano.

Notiamo ancora come la donna, di cui sopra abbiamo tessuto la storia, godesse, negli intervalli tra una gravidanza e l'altra, di ottime condizioni di salute, malgrado i lavori piuttosto faticosi di campagna ai quali attendeva sempre anche nello stato di gravidanza e fino a gestazione assai avanzata. Notiamo come non mancassero, durante questa, condizioni favorenti la stasi sanguigna, se si pensa oltrechè agli strapazzi cui la donna s'assoggettava, al volume grande che, verso il termine di quella, l'utero raggiungeva, trattandosi in tutti i casi, come vedemmo, di sviluppo del feto superiore alla norma e di quantità di liquido amniotico in quantità pure maggiore del normale. Notiamo altresì come, a feti di un così considerevole sviluppo, si esigesse da parte del rene materno un lavoro anche maggiore per la eliminazione di più copiosi materiali di metamorfosi regressiva. Notiamo finalmente

---

(1) « Erfahrungen über Nierenchirurgie. » Berlin, 1894, S. 91.

come la donna allattasse tutti i suoi nati per la durata di 13-14 mesi, senza risentirne verun disturbo, e con abbondante secrezione lattea: e noi sappiamo avere spesso i ripetuti e prolungati allattamenti influenze dannose, inducendo in certi organi la degenerazione grassa (miocardio, fegato, reni).

***

Il grave significato che assume in gravidanza l'insufficienza renale in vista sopratutto dell'uremia eclampsica, che ne è la conseguenza, induce ad indagare le ragioni per cui nel caso nostro non si ebbe a verificare tale insufficienza malgrado tante circostanze capaci di determinarla.

Di fronte alle numerose cause, da noi sopra enunciate, di vulnerabilità della funzione renale, dalle quali questa uscì illesa, che cosa si può pensare? — L'ipertrofia compensativa dell'organo superstite non appaga completamente: essa per sè sola è insufficiente a tener fronte a tanti e sì validi agenti che sono capaci di perturbarla. Osservo che l'esame obbiettivo non fece rilevare un apprezzabile aumento di volume di questo organo, che attestasse una tale ipertrofia compensatoria.

È nell'apparato circolatorio, verosimilmente, è nell'integrità di questo sistema, che sono da ricercare le condizioni dalle quali l'apparato secernente renale, così ridotto, ripete il grado di energia funzionale valevole a liberare l'organismo de' suoi prodotti di rifiuto ed a resistere all'azione infesta degli agenti che minacciano l'integrità dei suoi elementi. Sono le buone condizioni del circolo, che valgono a mantenere l'equilibrio che minaccia di essere turbato per la claudicazione dell'apparato emuntorio: trattasi insomma di un vero equilibrio tra cuore e rene, dei quali il primo soccorre il secondo, ed in grazia di una efficace virtù di compenso, gli fa vincere ostacoli che parrebbero per questo insormontabili. L'espressione infatti dell'inettitudine del rene, o almeno della sua incompleta capacità funzionale è l'albuminuria: è questo il fatto clinico che in ogni caso è indice sicuro dell'insufficienza renale, qualunque poi sia la causa da cui questa è prodotta. Ora, l'albuminuria, noi sopra già lo dicemmo, riconosce in viziate condizioni del circolo sanguigno renale la ragione della propria esistenza.

Gli studii recenti di Murri, i cui risultati s'accordano mirabilmente colle esperienze di Heidenhein, hanno assodato come l'albuminuria dipenda da una modificazione delle membrane vascolari e forse capsulari del gomitolo di Malpighi, indotta dal *rallentamento della corrente sanguigna.*

In questa recente dottrina sulla patogenesi dell'albuminuria, che prende anche nome di dottrina Murri-Heidenhein, convengono pressochè tutti i patologi moderni (1). Finchè pertanto questo rallentamento del circolo non ha luogo, possono mantenersi buone le condizioni del rene anche se questo organo si trova unico a compiere tutto il lavoro di eliminazione nell'economia dell'organismo. L'ipertrofia del ventricolo sinistro del cuore in gravidanza, negata da Gerhardt, ma ammessa dai più (Duroziez, Larcher, Letulle, Peter, ecc.) e sopratutto in base alle ricerche di Winckel (2), è molto probabilmente l'espressione di un maggior lavoro che dal cuore richiede non solo l'aumentata massa sanguigna e l'aumentata area vascolare, ma altresì la funzione secernente renale, che in gravidanza ha da essere più attiva ed è più suscettibile di essere lesa nella sua integrità.

Il cuore è altresì capace di mantenere regolare il circolo sanguigno di questo emuntorio dell'organismo anche allorquando esso non gode della sua integrità. È noto infatti come se in reni che si dimostrano insufficienti per secrezione di urina contenente albumina, noi induciamo un aumento di afflusso sanguigno, può l'albuminuria scomparire. Sono note le esperienze di Grocco, che in individui albuminurici, e perfino in taluni veri nefritici riusciva, colla semplice fasciatura espulsiva degli arti, a fare scomparire od a scemare notevolmente l'albuminuria, il che era dovuto ad un'aumentata pressione del sangue renale. Orbene un tale ravvivamento del circolo sanguigno del rene, che minaccia di diventare insufficiente, può darlo di per sè stesso il cuore quando esso goda di normali condizioni.

All'esame necroscopico si resta talvolta sorpresi, osserva Grocco (3), della resistenza durata da alcuni individui « i quali non avevano infine dei reni quasi più che due ammassi di connettivo, » mentre in altri

---

(1) Mya. « Malattie dei reni. » *Trattato italiano di patologia e terapia medica.* Vallardi, 1894.

(2) Winckel. « Lehrbuch der Geburtshulfe. » S. 58.

(3) Grocco. Loco cit., pag. 14.

casi ci domandiamo « perchè sono morti di uremia grave e refrattaria a tutte le cure degli individui, i cui reni si trovano alla tavola anatomica ed al microscopio lesi sì, ma superficialmente, e senza veruna di quelle profonde impronte atte a dar ragione dell'abolita o quasi abolita funzione secretrice di quegli organi. » È il cuore un organo, che con un aumentato lavoro è capace di compensare l'attività deficiente di organi diversi nell'economia del corpo (quali i reni ed i polmoni), ed è capace di compensare sè stesso. Ma ove l'integrità sua organica o funzionale fosse lesa, difficilmente può tener fronte a stati morbosi di tali organi, ai quali in condizioni normali esso sa mettere riparo. Quello che s'è detto per la minacciata, ma illesa funzione renale durante la gravidanza, è pure a dirsi per la stessa durante il parto e il puerperio. La stasi o congestione venosa renale consecutiva allo svuotamento dell'utero, e dipendente dalla diminuita pressione addominale, viene, allorquando il cuore è normale, controbilanciata dall'aumento della pressione arteriosa: quando invece l'aumento di questa non potesse aversi in causa di condizioni abnormi del centro circolatorio, la stasi non potrebbe a meno di spiegare perniciose conseguenze sul rene.

E qui mi torna acconcio riferirmi al caso di cui è oggetto la memoria di Schramm. In essa egli narra come la donna che venne a partorire dopo essere stata operata di estirpazione d'un rene, offrì durante la gravidanza e durante il puerperio un certo grado di albuminuria; aveva ipertrofia del ventricolo sinistro del cuore, preesistente anzi alla gravidanza; offriva aritmia del polso, notevole specialmente nei primi giorni del puerperio; e dopo questo, andò solo assai lentamente ristabilendosi. Ora, l'ipertrofia del ventricolo sinistro e la aritmia del polso accennavano evidentemente a condizioni anormali del cuore: a queste, quantunque lievi, molto probabilmente è da ascrivere l'albuminuria avutasi, a rene unico, durante la gravidanza e durante il puerperio, e il malessere da cui la donna andò lentamente riavendosi: l'autore stesso osserva che « trattavasi qui, a suo parere, non di una nefrite, ma di una stasi renale in causa di viziate condizioni di circolo. »

Nel caso nostro invece niun indizio di albuminuria, niun accenno a malessere in tutte e tre le gravidanze, parti e puerperii, avuti dalla donna: orbene in essa noi riscontrammo il cuore in condizioni sia organiche, sia funzionali, perfettamente normali.

All' equilibrio dunque tra cuore e rene è da ascrivere, secondo mio avviso, il decorso benigno di queste tre gravidanze, malgrado il sovraffaticamento dell' unico organo secretore rimasto dopo la nefrectomia.

È del resto, senza dubbio, da tener conto di altri fattori, di altri elementi. Merita, ad esempio, di esser preso di mira il fegato, da abnormi condizioni del quale vuolsi oggidì da taluno ripetere la genesi dei fenomeni dell'eclampsia. Ma la teoria è ancora ben lontana dall'aver trovato serie conferme: e d' altra parte noi ci troviamo disarmati di fronte a questo organo: e cioè gli attuali mezzi di indagine non ci permettono di valutare così il potere funzionale di esso, come il significato di certe sue funzioni. L'insufficienza renale poi è qualche volta in rapporto non con lesioni materiali dei reni, ma con stati adinamici di tutto l'organismo o di qualcuno de' suoi grandi sistemi. Fra questi, oltrechè il sistema circolatorio, al quale noi sopra già tanta parte assegnammo, merita di essere preso in considerazione l'apparato nervoso. Il grado della così detta potenzialità di questo, che è diverso da individuo a individuo, non solo, ma anche da organo ad organo, ne fa variare considerevolmente l' energia funzionale, la quale può per essa subire modificazioni profonde anche indipendentemente da lesioni degli elementi contestuali dell'organo. Si è perciò che qualche volta, in mezzo a circostanze infelicissime pel compimento di una data funzione, in mezzo a circostanze che parrebbero comprometterla in modo non dubbio, necessario, pure, contrariamente alle nostre previsioni, poco o nessuno sconcerto ne riporta la funzione, perchè l' organo spiega quelle riserve di energia funzionale di cui può disporre per un grado sommo di attività nutritizia, per un grado sommo di potenzialità dell'apparato nervoso, che presiede a questa attività nutritizia e funzionale dell' organo. Orbene, di questo fondo di riserva di energia funzionale, o di potere vitale, come la chiamavano gli antichi, dispone anche il rene, sebbene in grado assai minore che gli altri organi.

Ma non vogliamo insistere più a lungo su queste argomentazioni, che concernono assai più la patologia generale che non la patologia gravidica. Interessava nondimeno pel caso nostro lo stabilire, nei limiti del possibile e del probabile, a che cosa si dovesse la mancata azione d' un rene così felicemente compensata in gravidanza, allo scopo di sapere quale valore è da dare in simili casi alle diverse funzioni, allo

scopo insomma di sapere su quali e quante energie compensatrici si debba fare assegnamento in tali contingenze.

Volendo ora attenerci strettamente alla parte che riguarda in modo diretto la patologia gravidica, è da vedere se dal caso che noi descrivemmo, come dagli altri casi noti ad esso simili, possa trarsi qualche utile insegnamento. Ci si può domandare:

La gravidanza che sopravviene in donna a cui fu asportato un rene, compromette la salute di essa?

La presenza di un unico rene compromette il buon andamento della gravidanza, del parto e del puerperio?

Ed ancora: il prodotto del concepimento risente effetti dannosi se va sviluppandosi in un organismo in cui un rene soltanto funziona?

Ove si riesca a dare a ciascuna di queste domande una equa soluzione, avremo in mano quanto basta per definire soddisfacentemente la questione che Schramm pone alla fine del suo lavoro: e cioè come debba comportarsi il medico di fronte a una donna che, mancando di un rene, vuol passare a marito, ovvero, già maritata, potrebbe andare incontro ai danni di una eventuale gravidanza.

Tutti i quesiti sopraenunciati possono venire risolti in senso favorevole basandoci in ispecial modo sulla storia clinica da noi esposta, ma anche sulle altre conosciute e da noi già più volte menzionate.

Prendiamo le mosse dall'ultima delle domande messe avanti; se cioè l'unicità di un rene nell'organismo materno abbia una sfavorevole influenza sul prodotto del concepimento. — Tale influenza si può quasi affermare essere nulla. Maturo, vivo e sano fu partorito il bambino nel caso di Fritsch (1); maturo, vivo e sano fu partorito nel caso di Israel (2); e si noti che qui era stata un'affezione tubercolare che aveva indotto a praticare l'ablazione del rene; e maturo, vivo e sano fu partorito il bambino della donna di cui è oggetto la memoria di Schramm. Se poi veniamo al caso nostro, vediamo la cosa dimostrata in modo evidentissimo. Qui infatti, dalla gravidanza, durante la quale il rene andò in preda alla degenerazione che ne consigliò la ablazione, fino all'ultima delle tre gravidanze avute dopo l'atto operativo, si ebbero sempre parti

---

(1) Fritsch. « Die Krankheiten der Frauen. » Berlin, 1892, S. 98.

(2) Israel. « Erfahrungen über Nierenchirurgie. » Berlin, 1894, S. 91.

di feti vivi, sani ed a sviluppo superiore alla norma, e si ebbe anzi a notare un vero *crescendo* nello sviluppo dei feti stessi. Dal peso infatti di 3500 gr. che offriva il primo, ci portiamo a quello di 3850, a quello di 3900, ed infine a quello di 4250 gr., peso del bambino partorito nel corrente Aprile 1896. — Prendendo in considerazione nel prodotto del concepimento anche gli annessi, rileviamo come anche in questi non si ebbe mai a notare alterazione alcuna: una volta sola, e scarsissimi, furono constatati sulla placenta infarti bianchi, che pur sono tanto frequenti ad incontrarsi, massime nei casi di malattie renali. Fu trovato in due casi maggiore del normale la quantità del liquido amniotico (è questa da mettere in rapporto coll'unicità del rene?). Non cade dubbio pertanto, tenuto conto di tutte le osservazioni finora state fatte, che l'unicità del rene nell'organismo materno non comprometta il regolare sviluppo del feto.

La presenza di un unico rene compromette il buon andamento della gravidanza, del parto e del puerperio? — Dopo quanto sopra abbiamo esposto, torna inutile il dire che le osservazioni da noi fatte ci inducono a rispondere negativamente. Ricorderemo soltanto in modo sommario come tutte e tre le gravidanze furono portate normalmente a termine, come spontanei e facili siano decorsi i parti, se si eccettua una durata un po' maggiore della norma, in causa del volume grande del corpo fetale, e come affatto regolarmente si sia sempre compiuto il puerperio, offrendo anzi la donna, come già ho detto, un polso con carattere spiccatamente puerperale. Pure bene decorsero la gravidanza ed il parto nei casi di Fritsch e di Israel: e pure abbastanza bene nel caso narrato da Schramm; solo qui si sarebbe notato un certo grado di aritmia da parte del polso, e un lento ristabilimento della donna nel puerperio. Devesi però qui por mente alle condizioni del cuore, a cui sopra accennammo.

La gravidanza che sopravviene in donna a cui fu asportato un rene ne compromette la salute? — Lo Schramm, malgrado che nel caso da lui addotto le cose non siano procedute del tutto conformi alla norma, dice che il suo caso insegna che gravidanza, parto e puerperio dopo estirpazione di un rene possono decorrere senza notevole pregiudizio della salute. A miglior ragione è da trarre questa conclusione dal caso di Fritsch e da quello di Israel, che ci dicono come la donna non ebbe a soffrirne. Quest'ultimo poi tanto più deve sorprendere quando si pensi

che fu una affezione tubercolare che indusse alla ablazione del rene nel decorso stesso della gravidanza. A miglior ragione infine la conclusione anzidetta è da dedurre dallo stato ottimo di salute in cui ebbe sempre a trovarsi dopo l'ablazione del rene, malgrado il succedersi a brevi intervalli di tre gravidanze, la donna di cui noi narrammo la storia.

Dopo tutte le considerazioni fin qui fatte, e massime dopo aver trovato una soluzione favorevole alle tre questioni da noi messe in campo poc'anzi, non può che apparire strana la conclusione a cui viene lo Schramm intorno ai suggerimenti che il medico deve dare a una donna, che, mancando di un rene, vuol prendere marito, ovvero, già maritata, può andare incontro ai pericoli di una eventuale gravidanza. Egli infatti crede conveniente di proibire in tali casi il matrimonio o la coabitazione, in vista del pericolo di una nefrite, che la gravidanza può indurre, e che potrebbe mettere capo a convulsioni eclampsiche. I precetti pratici insomma che egli ritrae dal suo caso sono gli stessi che il Peter (1) dava per donne cardiopatiche, che intendono prendere marito o che già sono maritate. Appaiono tanto più strane le conclusioni dello Schramm perchè immediatamente prima di enunciarle fa rilevare come il suo caso insegna che la gravidanza, dopo estirpazione d'un rene, può decorrere senza notevole pregiudizio della salute. Vero è però che egli stesso non dà a questo suo precetto che un valore relativo: poichè soggiunge tosto che per la equa soluzione della cosa occorre di poter disporre di una numerosa casuistica.

Noi, non associandoci a questo distinto clinico in tali suoi giudizii intorno alla questione che ci occupa, non lo facciamo che perchè essi peccano un poco di esagerazione. Anco una volta facciamo constatare come dal caso suo medesimo, da quelli di Fritsch e di Israel, e sopratutto dal nostro, sia emerso che nessun pregiudizio hanno portato le gravidanze alla salute della donna nefrectomizzata. Non vogliamo già negare la possibilità, la probabilità anzi, di dannose conseguenze: il pericolo esiste: è una minaccia continua per l'organismo in cui una funzione così importante, come è quella della eliminazione dei prodotti di metamorfosi regressiva, è affidata interamente ad uno solo de' suoi

---

(1) Peter. « Leçons de clin. méd. » Paris, 1877, vol. I.

naturali emuntorii, e ciò in circostanze in cui questa funzione deve essere più attiva ed è più suscettibile di essere lesa. Ma i fatti addotti hanno dimostrato come questo pericolo possa venire, a condizioni normali degli altri organi, facilmente superato.

E qui ci piace richiamare la possibilità da noi messa in campo del compenso, dell'equilibrio, in tali casi, tra l'attività cardiaca e l'attività renale, la possibilità cioè di un intervento del cuore, che verrebbe in soccorso del rene quando questo minacci di diventare insufficiente.

Se veramente in ciò sta la ragione della sufficienza renale rimasta integra anche in mezzo a numerose cause capaci di perturbarla, è facile comprendere quali siano i precetti che nella situazione sopra esposta sono a darsi dal medico. Quando sono buone le condizioni del circolo generale, quando niuna lesione si verifica da parte del cuore, e quando sopratutto buone sono le condizioni del miocardio, è lecito credere che il rene unico potrà da esso trarre la energia sufficiente a sopportare un abnorme lavoro; e si potrà allora con una certa tranquillità lasciare andare la donna incontro all'eventualità di una gravidanza: questa invece sarà da cercare in ogni modo di evitare qualora esistessero alterazioni da parte del cuore qualunque esse sieno (vizii valvolari, degenerazione grassa del miocardio, ecc.) o qualora, pur non trovando apprezzabili lesioni di questo centro circolatorio, si constatassero fenomeni accennanti ad una scemata attività cardiaca. Allora, a rene unico, l'insufficienza cardiaca deve giustamente mettere in guardia contro la possibilità di una insufficienza renale.

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO
diretto dal Prof. L. Mangiagalli

Dott. CARLO DECIO

Del parto forzato e del taglio cesareo in gravida agonizzante

purchè il feto sia vivo e vitabile

STUDIO STORICO-CRITICO

(Continuazione e fine, vedi pag. 459).

a) Malattie dipendenti dalla gravidanza (1).

Eclampsia. — Nelle tavole che racchiudono i casi di parto forzato (Corradi, Vitanza) la eclampsia figura con 10 casi, 9 madri si salvarono e 9 feti furono estratti vivi. Io ho già per lo addietro esposto il mio avviso circa la gravità in cui presumibilmente versavano le madri operate dal Vitanza; se non che per le altre, che il Corradi ha classificate nella tavola *B* (2) si potrebbe obbiettare che se furono tenute per morte, certamente quelle meschine dovevano versare in gravissime condizioni. Ciò è vero, ed io stesso del medesimo argomento mi valsi, per dimostrare appunto quanto difficile possa riuscire la diagnosi di morte, o per lo meno quanto sia difficile il conoscere la morte apparente dalla reale: laonde venendo al caso particolare della eclampsia, si potrebbe dire poche essere le malattie che al pari di questa vestano così improvvisamente i caratteri di estrema apparente gravità, la quale tuttavia può essere scongiurata da sollecito ed adeguato intervento. Ma riguardando ora la tavola da me compilata in cui raccolsi i casi di taglio cesareo

(1) Per questa classificazione io ho seguito quella addottata dallo Charpentier.

(2) Casi in cui il parto forzato fu eseguito sopra donne reputate morte.

operati in agonia, trovo che l'eclampside figura solo 3 volte (1), e che si ebbero tre decessi materni e due fetali. L'eloquenza di queste cifre non vale tuttavia, a mio avviso, per farci rifiutare la sezione cesarea ove il parto per le vie naturali sia reso per condizioni speciali impossibile.

Infatti non va dimenticato che Halbertsma di Utrecht in occasione del Congresso tenutosi in Berlino nell'anno 1890, riferì intorno a 6 casi di taglio cesareo eseguiti in Olanda sopra donne affette da gravissima eclampsia (2). Di questi 6 casi adunque 5 furono coronati di felice risultamento tanto per le madri quanto pei feti, ma quivi, come ognuno s'accorge, l'operazione fu istituita forse più per indicazione materna che fetale, pur non essendo lontana da quegli ostetrici la speranza di giovare altresì alle creature (3). L'Halbertsma poi aggiunge, che, ad onta che le condizioni di quelle donne fossero oltremodo sfavorevoli, potè convincersi che il taglio cesareo non solo aveva manifestata una benefica influenza sugli attacchi convulsivi (non avendone provocati di nuovi, ed avendo prontamente posto fine a quelli in atto), ma che l'emorragia, la quale ordinariamente nel parto cesareo suole essere più abbondante che nel parto normale, e che in un caso fu tanto grave, che anche molto tempo dopo l'operazione il polso era impercettibile, non ebbe alcuna sfavorevole influenza sopra l'esito finale. Per le quali ragioni, dicendo doversi pur sempre valutare la convenienza di espletare il parto con atti operativi meno gravi della sezione cesarea, voleva questa riservata nei casi, ove la porzione sopra-vaginale del collo non fosse scomparsa.

Ritornando ora ai 3 casi ricordati nella tavola da me compilata, merita di essere osservato che delle 3 madri nessuna morì subito dopo

---

(1) Casi di Fischer, Halbertsma, Gattorno.

(2) *Annali di Ostetr. e Gin.*, anno 1891, pag. 162.

(3) Io non ho compreso nella tavola suesposta questi casi, perchè mi mancavano molti dati, e quello specialmente di grandissimo valore, se la madre cioè era veramente in agonia. Così pure non ho creduto di dover tenere conto nella stessa tavola di un altro caso narrato dal Kaltenbach, occorso ad Herff di Halle, in cui madre e figlio furono salvi mercè il taglio cesareo eseguito alla maniera di Sänger. È tuttavia indubitato che nei casi narrati dall'Halbertsma, astrazion fatta da quello appartenente allo stesso autore, le donne se non erano agonizzanti, erano tuttavia in gravissime condizioni per violenti e ripetuti attacchi convulsivi, a mitigare i quali punto efficaci eransi mostrati i consueti presidi terapeutici.

l'atto operativo, ma bensì 2 dopo 14 ore (1) e la terza dopo 24 (2) e che nel caso di Gattorno, la donna al tavolo anatomico mostrò i segni di gravissima nefrite complicata ad *encefalite diffusa*. Riguardo ai feti troviamo che solo uno nacque vivo (Halbertsma), forse premorto quello di Fischer, asfittico l'altro di Croback: ma il Gattorno che pubblicò quest'ultima osservazione, non tace che troppo si indugiò a prendere un partito, e breve tempo innanzi si avrebbe potuto salvare almeno la vita fetale, locchè non riuscì poi ad onta di ogni sforzo. Del resto lo stesso Löhlein che dapprima nelle *Gynaekologiske Tagesfragen* (3) non erasi dimostrato troppo favorevole alle indicazioni poste dall'Halbertsma, che nell'eclampsia voleva eseguire il taglio cesareo dopo il primo attacco convulsivo, in occasione del Congresso tenutosi in Berlino, venuto a conoscenza di quanto vedemmo dall'ostetrico di Utrecht riferito, modificava il proprio avviso dicendo: l'indicazione del taglio cesareo in gravidanza avanzata ed al principio del parto, essere cosa che assai difficilmente si può formulare, poichè spesse volte dei casi apparentemente disperati possono migliorare, anche perchè lo svuotamento dell'utero ha spesso la conseguenza della cessazione delle convulsioni eclampsiche. E però crede che l'ostetrico possa essere autorizzato a tale grave atto operativo solamente nel caso che il feto indubbiamente viva, e che coll'incalzare degli attacchi ne venga minacciata la esistenza, mentre per la madre l'impiego di tutta la terapia non abbia prodotto nè diminuzione nè cessazione degli assalti. Ben inteso però trattarsi sempre di donne cui l'ostio uterino sia talmente ristretto da non lasciare alcuna speranza di poter ottenere un feto vivo per le vie naturali, il che ammette come caso rarissimo ed eccezionale. Tutti i trattati dogmatici sono al giorno d'oggi unanimi nel raccomandare lo svuotamento della matrice senza violenze, col forcipe o colla versione quando il collo sia dilatato o dilatabile, per cui anche facendo astrazione dalla indicazione materna o fetale, si potrebbe conchiudere che anche nei casi ove si avesse l'assoluta certezza della morte del feto, ed essendo impossibile l'azione fra le vie naturali, dovrebbe l'ostetrico attenersi al partito della gastro-isterotomia. Ma basti di ciò, i risultati

---

(1) Osserv. di Fischer e Gattorno.

(2) Osserv. di Halbertsma.

(3) Vedi GATTORNO, loco cit.

relativamente favorevoli ottenuti sia per l'una che per l'altra via debbono essere intimamente collegati col fatto che l'eclampside, se anche talora veste il carattere di estrema gravità, pur non di meno lascia ancora all'ostetrico non infondate speranze di ricuperare la madre e di aver salva la creatura, ove l'intervento sia pronto, e, dirò col Gattorno: « Noi ad onta della incertezza delle indicazioni dobbiamo associarci alle vedute di Löhlein, e crediamo che alcuni *rarissimi casi assai gravi di eclampsia negli ultimi stadi di gravidanza ed al principio del parto* possano fornire l'indicazione del taglio cesareo conservativo, qualora *tentati dapprima ed indarno tutti i mezzi suggeriti dalla scienza, sia reso impossibile un parto per vias naturales, ed il feto viva.* » (1).

Apoplessia cerebrale. — Sei sono i casi raccolti nella tavola del parto forzato, coll'esito di 2 madri salvate e di 5 feti vivi; un solo figura tra i tagli cesarei, e quivi il feto fu estratto morto da quella donna che soccombeva durante la stessa operazione (2). Prima di esaminare i rapporti di tale affezione colla gravidanza è necessario di chiarire il significato del vocabolo apoplessia cerebrale. Dovremo noi intendere cioè il vero stravaso sanguigno nella sostanza cerebrale? Menière (3) ha osservati casi di simile natura, e Dubois in una lezione clinica, concludeva che numerosi casi da lui osservati lo portavano alla convinzione dell'esistenza di un vero rapporto tra questo accidente e la gravidanza (4). Io non voglio entrare in siffatta questione: solo parmi opportuno lo accennare, che dopo che Curchill ed Imbert-Gourbeyre ebbero invocati altri agenti nella produzione delle paralisi gravidiche, può darsi che sotto la comune denominazione di apoplessia cerebrale siansi, pei casi antecedenti, mascherate delle affezioni d'indole ben diversa, assai probabilmente collegate a fenomeni uremici alle dipendenze della albuminuria sola od accompagnata dalla eclampside. In una parola, non è possibile supporre che in molti di questi casi non siasi trattato di una vera emiplegia uremica? Non è forse ammesso da molti autori che la diagnosi di eclampsia può spesso andar confusa

---

(1) Secondo tale criterio io mi attenni in un caso alla condotta proposta. Vedi « Un taglio cesareo conservatore per eclampsia. » *Ann. di Ostet. e Gyn.*, Gennaio 1896.

(2) Caso di Wiercinsky.

(3) « Observ. sur l'hémorr. cérébrale pendant la grossesse. » *Arch. génér. de Méd.*, 1828, XVI, 500.

(4) TARNIER. « Traité de l'art des accouchements. » T. II, 1888.

con altre, e specialmente colla emorragia cerebrale, nel periodo delle convulsioni e del coma? Ed in simile ipotesi tanto più mi raffermo nei tre casi offerti dal Vitanza, in quanto che due donne volsero a guarigione in breve lasso di tempo, il che male si sarebbe accordato colla grave lesione organica dei centri nervosi; e nel suo primo caso (oss. 7.ª) la malattia, esordita con cefalea, impiegava 3 giorni interi prima di offrire il quadro della emorragia cerebrale, che di solito appare improvvisamente; e nella 2.ª osservazione (l'8.ª dell'autore) il vomito insorto in quella primipara avanti che si fossero appalesati i sintomi che rappresentano l'emorragia nel cervello, non può forse essere interpretato per vomito uremico? e nella 3.ª ehe corrisponde alla 9.ª del Vitanza, quella temperatura che da 5 giorni erasi elavata a 40.°, 41.° non potrebbe appunto parlarci in favore di una forma eclampsica, e precisamente di quella forma detta dal Cohen di eclampsia cerebrale, in cui il collo uterino resta spesso immutato durante la malattia, e gli accessi si prolungano soventi per un tempo assai lungo, in cui il coma è profondo, il respiro stertoroso, in cui si osserva cascaggine unilaterale dei tratti del viso, ed involontarie escrezioni per paralisi degli sfinteri? (1). Il caso narratoci dal Gattorno (eclampsia) non presentò forse paralisi dell' arto superiore destro, che sollevato ricadeva, e paresi della favella? Duolmi che il Vitanza non abbia tenuto conto di un elemento, che per quanto non costante, e però non patognomonico, tuttavia avrebbe potuto aver quivi un grandissimo valore, voglio dire della albuminuria (2).

Se poi l'unico caso del Wiercinsky, il quale non mi fu dato di conoscere *in extenso* (3), fu vero esempio di sanguigno stravaso nell'encefalo, non può il taglio cesareo reputarsi come causa di acceleramento della morte, imperocchè il pronostico delle emiplegie dovute a lesioni organiche cerebrali è dei più infausti, e specialmente nella

---

(1) Vedi in CHARPENTIER. « Traité pratique des accouchements. » Paris, 1889, T. I, i lavori di Winkel e di Cohen, pag. 770, 781, ecc.

(2) In un sol caso il Vitanza ci narra che la vescica era oltremodo distesa per orina: non dice però di averla esaminata, dopo che l'ebbe estratta col catetere; in ogni modo la quantità di orina non può escludere la possibilità della eclampsia, conoscendosi oggidì come questa possa sussistere *sine albuminuria*.

(3) Io ho ricavato questo caso dalla pubblicazione del Winkel già citata.

emorragia cerebrale. La morte è spesso la conseguenza dell'*ictus* apoplettico; Charpentier l'ha osservata nella proporzione del 40 0[0.

Cardiopatie. — Il gravissimo pronostico delle cardiopatie complicanti la gravidanza, mi esime da ogni considerazione sull'esito letale figurante nella tavola del parto forzato, il che valga anche pei feti l'uno dei quali era già morto prima dell'intervento.

Anasarca — È questo il caso narrato dal Franzolini, in cui la donna spirava con fenomeni di edema polmonare. Dalla memoria del professor Mangiagalli, da cui io tolsi la osservazione, non ho potuto arguire se quegli edemi fossero dipendenti da affezioni di organi centrali, oppure legati ad eventuale albuminuria. In ogni modo la gravità delle condizioni polmonari basterebbe da sola a giustificare la morte di quella paziente, da cui col taglio cesareo s'ebbero vivi 2 feti.

Nefrite. — Sarebbe superfluo il diffondermi a dimostrare la gravità del pronostico di questa malattia, allorchè insorge, o si esacerba durante lo stato di gestazione, specialmente poi se complicata da vizio cardiaco come appunto nell'unico caso dell'Esterle. Vero è che quell'ostetrico dichiara di aver agito *senza urgente pericolo,* ma ciò non vale a menomare la gravità dello stato di quella paziente, la quale ebbe non di meno notabile sollievo per l'uscita della creatura, e la cui morte, avvenuta poche ore dopo essere venuta alla luce, non va certo addebitata al modo dell'intervento, poichè questo è l'unico caso in cui, introdotta nell'utero una siringa elastica, e svegliate così le doglie, lo sgravio avveniva in modo spontaneo, verificandosi tuttavia una lievissima fenditura della matrice (1). Le statistiche della mortalità fetale che ci mostrano i trattati, nella malattia di cui è parola, ci fanno altresì capaci dell'esito sfortunato di quel feto ottimestre.

Placenta previa. — Quattro sono le osservazioni, queste appartengono al Vitanza, e figurano nella tavola del parto forzato con 3 madri salvate e 4 feti vivi. Non mi preoccuperò quivi di indagare se in questi 4 casi l'indicazione sia veramente stata materna o fetale, nè se lo stato di quelle misere fosse proprio giunto agli estremi. A me basti ricordare, ciò che del resto è già noto, che la donna può per emorragie ostetriche perdere tale quantità di sangue la quale sarebbe incompatibile colla

---

(1) *Annali Univers. di Medicina,* anno 1861, CLXXV, 330.

vita, qualora la fonte emorragica avesse le sue origini all'infuori della sfera genitale, e che il pronostico materno dipende anzitutto dal modo di cura: se questa è conveniente, nel massimo numero dei casi la madre si salva (Schroeder). Tanto poi per la madre, quanto pel prodotto del concepimento la placenta previa centrale offre una prognosi più infausta che non la marginale.

Emorragia da scollamento di placenta normalmente inserita. — È questo il caso in cui il prof. Pestalozza (1) ricorreva al taglio cesareo sopra donna agonizzante essendo le vie naturali affatto impraticabili. Al dire dello stesso, l'indicazione fu soltanto materna, imperocchè essendo il feto premorto, l'intervento fu accolto come ultimo e disperato tentativo, allo scopo di arrestare la strabocchevole perdita sanguigna. La madre moriva durante l'operazione, ma la morte non va addebitata al taglio cesareo: nella stessa guisa che nessuno vorrebbe incolpare come causa di morte l'amputazione, ad esempio di un arto di un individuo, cui per essere orribilmente sfracellato l'arto medesimo, altro scampo non rimanesse per arrestare l'emorragia se non quella estrema e disperata chirurgica risorsa.

Idrometra. — I minacciosi fenomeni insorti in quella gravida da cui vide il Tallinucci fuoruscire più di 30 libbre di acque amniotiche, sono spiegabili pel fatto della enorme distensione addominale, cui forse non doveva essere estranea oltre che la gravidanza arrivata al 9.° mese, anche la coesistenza di quell'idrope ovarica, onde la donna venne ripetutamente operata in prosieguo. Non aggiungo alcuna parola sull'esito fortunato della madre e del bambino.

b) Malattie indipendenti dalla gravidanza.

Tubercolosi polmonare. — Figura questa con 7 casi nella tabella del parto forzato, 5 madri soccombettero e 7 feti furono estratti vivi. Nessun caso abbiamo nella statistica dei tagli cesarei. Sono disparate le opinioni riguardo alle reciproche influenze tra gravidanza e tubercolosi, tuttavia, ammesso che lo stato di gestazione ha una azione

---

(1) Corrispondenza epistolare dell'opetore.

sfavorevole sul decorso delle malattie acute e croniche, ed essendo dimostrata la malvagia influenza della gravidanza verso la polmonite, non si può ammettere, come bene osserva Goulard, che la gestazione possa esercitare benefiche influenze sopra organi respiratori disseminati di tubercoli. L'esito fortunato pei feti, nei casi surriferiti, può stare in rapporto col fatto che la tubercolosi polmonare non ha una assai pronunciata influenza sul prodotto del concepimento, come appare anche dalle statistiche di Grisolle, Dubreuhil, Bourgeois, Ortega (1), cosicchè lo sgravio artificiale *post mortem* è assolutamente indicato dallo Charpentier, quando la madre morendo innanzi il parto, il feto sia vivo e vitabile. Le due madri salvate sopra dette appartengono al Vitanza, il che mi rafferma vieppiù sopra quanto già esposi circa l'agonia delle medesime.

La *polmonite* figura invece solo due volte, e solo fra i casi di taglio cesareo; uno spetta al Thomas che veramente ricorse alla gastro-elitrotomia, a l'altro a Poten in cui la forma non si manifestava nettamente franca, e per di più in soggetto osteomalacico. In entrambe si ebbe viva la creatura: delle madri l'una moriva un'ora dopo, sopravvivendo l'altra per 10 ore. L'esito materno non ci deve maravigliare pensando come la polmonite assuma in gravidanza e rapidamente un pronostico assai grave, specie se coglie la pregnante nella seconda metà della gestazione. Nè ciò basta, poichè nel caso di Thomas noi sappiamo che la gravida in *articulo mortis trovavasi in 10.ª giornata di malattia,* priva di polsi e cianotica.

Potrebbe essere opposto che la massima parte degli autori sono concordi nell'ammettere che lo sgravio è condizione aggravante lo stato della inferma, ed anche quel miglioramento, che talora suole conseguire al parto prematuro od all'aborto spontaneo, spesse volte non è che fittizio, imperocchè la donna ordinariamente muore poco dopo la nascita del bambino, e per ciò dico, potrebbe darsi, che l'intervento abbia accelerata la fine. Il Vinay pure ammette doversi ritenere come eccezionale la favorevole influenza del parto spontaneo o provocato sul processo pneumonico ammessa da Bourgeois, Chatelain, Ricau, Goulard, Guilemet e dice chiaramente che « l'accouchement au cours

---

(1) Vedi CHARPENTIER, op. cit.

d'une pneumonie, peut être considéré comme une eventualité facheuse pour la mère, dont les chances de mort sont notablement augmeutée; et pour l'enfant dont l'existence devient précaire (1). » Ma il Villa (2) colla prova di numerosi fatti raccolti, ha dimostrato come sia discutibile la triste influenza del parto sulla pneumonite.

In ogni modo la questione quivi sarebbe oziosa, imperocchè l'intervento nei due casi riferiti, essendo le donne in agonia, non poteva assumere il carattere che di pura ed assoluta indicazione fetale (3).

A feto vivo e vitabile, non accadendo il parto prematuro spontaneo (ciò che va reputato accidente rarissimo, ben conoscendosi la frequenza colla quale suole nella polmonite manifestarsi la interruzione della gravidanza), ed essendo le vie naturali propizie per la estrazione, l'atto operativo, prescindendo dalla indicazione materna, è pienamente nell'interesse del feto giustificato, poichè attendendo la morte della madre si avrebbe la quasi assoluta certezza di perdere altresì la vita della creatura.

Per le accennate ragioni, rarissimo occorrerà il caso in cui la donna potrà giungere a tali estremi, ma per quanto rari noi non dovremo dimenticare le due osservazioni citate da Grisolle (4) l'una appartenente al Valsalva e l'altro al Ricau, nelle quali essendo la gravida trapassata avanti lo sgravio, la operazione cesarea *post mortem* non diede che 2 cadaverucci. Nè vale obbiettare che anche il feto nella stessa guisa estratto dal Thomas abbia vissuto soltanto un'ora, e che fors'anco sia morto poco dopo la estrazione quell'altro tratto alla luce dal Poten (5), imperocchè l'ostetrico, pur sapendo che il feto può nascere affetto da polmonite o solo inoculato del virus specifico, non deve

---

(1) Vinay. « Traité des maladies de la grossesse ét des suites des couches. » Paris, 1894, p. 268.

(2) Villa F. « Contributo allo studio della polmonite in gravidanza. » *Annali di Ostetr. e Ginec.*, Milano, 1890. Questo lavoro del collega milanese indubbiamente non fu conosciuto dal succitato Vinay, della quale cosa mi dolgo, in quanto che forse il francese avrebbe potuto modificare alcune vedute, ed in ogni modo avrebbe potuto arricchire la bibliografia sull'argomento.

(3) Giova notare però che il Vinay ammette che in talune circostanze speciali la interruzione della gravidanza diventi di urgentissima indicazione alloraquando specialmente i sintomi minacciosi avessero a sopravvenire in un'epoca avanzata della gestazione quando è assicurata la vitabilità della creatura.

(4) Grisolle. « Traité de la pneumonie. » Paris, II édit., 1864, pag. 466 e seg. (Biblioteca Ospedale Maggiore).

(5) Ignoro l'esito dei feto.

dimenticare che questo può altresì uscire perfettamente sano (1), e non sarà sua colpa se non gli sarà dato di conseguire il fine civile che la operazione cesarea od il parto forzato in agonia si prefiggono.

Della *congestione cerebrale* (caso del Moretti), non dirò molte parole, poichè queste non sarebbero che una ripetizione di quanto già esposi parlando di altre malattie di cui la congestione non è che una conseguenza. Può darsi tuttavia che, nel caso in discorso, l'affezione siasi mostrata a sè, dal momento che la paziente scampava.

Così pure non spenderò parole circa i due casi di *meningite basilare tubercolare*, di *tumore cerebrale*, di *sclerosi disseminata*, di *epilessia*, ben conoscendosi da ognuno il tristissimo pronostico di siffatte affezioni morbose. E lo stesso dicasi per l'osservazione di *peritonite con fenomeni cerebrali*, non che per l'altra di *setticoemia* in cui il sangue materno inquinato per la introduzione di elementi tossici, lo alterano in guisa da renderlo disadatto alle sue fisiologiche funzioni.

L'osservazione spettante al Carrara e distinta colla diagnosi di *tifo pellagroso* parmi interessante, chè la paziente, già madre di parecchi figli, era da tempo altresì emiplegica per postumi di emorragia cerebrale. Da alcuni giorni la temperatura era salita oltre i 40° ma ciò nondimeno, in quella pregnante all'8.° mese il feto molto tempo resistette alla setticoemia materna; raro accidente, imperocchè nella febbre tifoide la gravidanza suole interrompersi nei 2[3 dei casi. Ciò forse è da collegarsi col fatto che la infezione tifica è più frequente, stando a quanto riferisce Charpentier, nei primi 7 mesi della gestazione; l'operazione cesarea, come emerge dalla stessa narrazione dell'autore, non influenzò minimamente in modo sfavorevole lo stato di quella meschina, dalla quale assai probabilmente si avrebbe estratto un feto morto, qualora più oltre si avesse indugiato.

Scottature. — Non è cosa da recare meraviglia, se nei due casi di sezione cesarea riferiti l'esito fu per le madri letale, imperocchè è noto come la morte insorga rapidamente alloraquando sono lesi due terzi della superficie cutanea. Non è quivi il luogo di ricercare le cause di

---

(1) Ciò è subordinato al fatto della avvenuta o mancata infezione endouterina ed altresì al tempo più o meno lontano nel quale avvenne la trasmissione dell'agente infettivo. Vedi per la trasmissione della polmonite dalla madre al feto i lavori di Sigl, Stiphen, Hirst, Thorner, Netter, ecc., citati dal Villa, non cho la ricca bibliografia offerta dal Vinay.

ciò, che non è ancora intieramente spiegato dalla fisiologia, pur nondimeno, sia che la morte si colleghi al fatto di una dissoluzione molecolare dei globuli rossi (Ponfick) (la quale provoca per la tumultuaria ematoglobulinuria una violenta nefrite), oppure provenga da eccessivo riscaldamento del sangue, e da consecutiva paralisi cardiaca, bene si scorge come sia stata ventura l'aver potuto salvare i feti.

Traumatismi (emorragie). — Possiamo quivi istituire dei confronti riguardo ai due metodi, considerando le osservazioni della prima tavola spettanti al Vitanza, e quella della seconda in cui la donna moriva per emorragia da tracheotomia. Di questi tre casi adunque devo escludere il primo essendo il feto premorto, quindi la indicazione fu soltanto materna; negli altri due in cui il feto fu estratto vivo, la madre morì. Non dobbiamo tuttavia dimenticare che per avere nella prima paziente il trauma interessato la sfera genitale (1), con lesione profonda della parte media della vulva, da cui era zampillata notevole quantità di sangue, alla emorragia devesi dare una notevole importanza, e che la paziente sarebbesi salvata, se il trombo vulvo-vaginale, formatosi *prima dell'intervento* operatorio, non fosse di poi passato ad esito di risipelacea gangrena. Ma una domanda potrebbe essere rivolta: la lesione traumatica non fu per avventura aggravata dallo stesso intervento ostetrico per via vaginale, preparando così la secondaria infiammatoria complicanza? Od in altri termini, non sarebbesi forse alla madre risparmiata la morte evitando la estrazione del feto da quelle vie genitali siffattamente compromesse? M'affretto a dirlo, io non intendo con questo a portare la benchè minima censura alla condotta seguita dall' egregio collega palermitano; cui anzi tengo a dichiarare che io stesso, nel caso da lui narrato, mi sarei attenuto al medesimo partito.

E d' altronde date le misere condizioni di ambiente dal Vitanza enunciate, sarebbe ridicolo il presupporre che col taglio cesareo, quella meschina avrebbe potuto evitare la sepsi che quattro giorni dopo l'operazione la toglieva di vita. La mia domanda riflette puramente la opportunità della tecnica del parto forzato nei casi di trombo vulvo-vaginale, chiedendo se in casi di simile natura non fosse più sano partito il

---

(1) Condizione questa che per unanime consenso viene ad oscurare il pronostico materno e fetale. CHARPENTIER, loco cit., pag. 664, 667.

ricorrere alla gastro-isterotomia, per evitare appunto alle vie genitali ulteriori distensioni, e tanto più ancora, quando queste vie non sono al parto predisposte. Io lascio insoluto il quesito, confermando l'alta mortalità in simile contingenza, già notata dal Vitanza, ch'ebbe per lo meno la ventura di salvare il feto. Nel caso di Nussbaum l'abbondante emorragia tracheale compromise la vita materna, l'operazione cesarea indicata dallo stato disperato conseguì il proprio fine rispetto al feto.

Passate così rapidamente in rassegna le varie malattie e gli esiti ottenuti per le madri e pei feti sì dall'uno che dall'altro modo di artificiale sgravio, che ora riunisco nelle seguenti tabelle, emerge a tutta prima che la mortalità materna è di gran lunga inferiore in quelle donne che si trovarono affette da malattie dipendenti dalla gravidanza, ma vi ha in più, e cioè che in questi casi il taglio cesareo sulla agonizzante figurò soltanto con 6 osservazioni sopra 30, mentre che nei casi di malattie indipendenti dalla gestazione, che ammontarono ad un totale di 25, la gastro-isterotomia fu eseguita per ben 13 volte, e nei 12 casi in cui fu praticato il parto forzato si salvarono soltanto 4 madri.

Malattie per la gravidanza

Diagnosi	Parto forzato			Taglio cesareo			Totale		
	Num. dei casi	Madri salve	Feti salvi	Num. dei casi	Madri salve	Feti salvi	Num. dei casi	Madri salve	Feti salvi
Eclampsia	10	9	9 (*)	3	—	2	13	9	11 (*)
Apoplessia cerebrale . .	6	2	5	1	—	—	7	2	5
Nefrite	1	—	1	—	—	—	1	—	1
Anasarca	—	—	—	1	—	1	1	—	2 (*)
Cardiopatie	2	—	1	—	—	—	2	—	1
Placenta previa	4	3	4	—	—	—	4	3	4
Emorr. da scoll. placent.	—	—	—	1	—	—	1	—	—
Idrometra	1	1	1	—	—	—	1	1	1
	24	15	21	6	—	3	30	15	25

(*) L'asterisco indica che uno dei parti fu gemellare.

Malattie indipendenti dalla gravidanza

Diagnosi	Parto forzato			Taglio cesareo			Totale		
	Num. dei casi	Madri salve	Feti salvi	Num. dei casi	Madri salve	Feti salvi	Num. dei casi	Madri salve	Feti salvi
Tubercolosi polm. . . .	7	2	7	—	—	—	7	2	7
Meningite tub.	—	—	—	2	—	2	2	—	2
Polmonite	—	—	—	2	—	2	2	—	2
Congestione polm. . . .	1	1	—	—	—	—	1	1	—
Epilessia (coma)	—	—	—	1	—	1	1	—	1
Emorragia tracheale . .	—	—	—	1	—	1	1	—	1
» traumatica .	2	1	1	—	—	—	2	1	1
Scottature	—	—	—	2	—	2	2	—	2
Setticoemia	—	—	—	1	—	—	1	—	—
Malattia cerebrale . . .	1	—	1	—	—	—	1	—	1
Sclerosi disseminata . .	—	—	—	1	—	1	1	—	1
Tumore cerebrale . . .	—	—	—	1	—	1	1	—	1
Peritonite	—	—	—	1	—	1	1	—	1
Tifo pellagroso	—	—	—	1	—	1	1	—	1
Enteropatia	1	—	1	—	—	—	1	—	1
	12	4	10	13	—	12	25	4	22

Per riguardo ai feti i risultati a vero dire sono soddisfacenti sia nell' uno che nell' altro metodo; anzi il taglio cesareo nei casi di malattie indipendenti dalla gestazione, appaiono alquanto migliori. Se non che io convengo che la scarsezza dei casi mi vieta di formulare delle conclusioni in proposito, e lo ripeto (come già mi è occorso di accennare per lo addietro), non è mio scopo da tali confronti il voler dedurre delle conseguenze in favore piuttosto dell' uno che dell' altro metodo, ognuno dei quali avrà le proprie e speciali indicazioni, a seconda dei singoli casi, e me basti l'aver chiarito, che quando le vie genitali di donna morente per malattia giudicata insanabile, non ci lasciano la lusinga di aver salva la creatura che pur vive nell' utero materno, e

nel solo interesse della quale l'operazione dovrebbe essere intrapresa, la gastro-isterotomia può essere perfettamente giustificata.

Ove adunque esistano le ragioni per accettare la gastro-isterotomia, a quale dei metodi dovrà l'ostetricante appigliarsi? Dovrà egli cioè conservare l'utero, oppure procedere alla ablazione alla maniera del Porro?

Io credo che impossibile sia il dare una risposta assoluta e che s'attagli a tutti i casi indistintamente. Infatti se si vuole aver riguardo alla celerità dell'atto operativo, celerità imposta dalle circostanze, è indubitato che questa seconda maniera debba avere la preferenza, imperocchè il tempo impiegato nella rimozione dell'utero, trattando s'intende il peduncolo nel modo classiso, cioè all'esterno, sarà sempre più breve di quello necessario per un buon processo di sutura la quale possa darci le garanzie di guarigione, imperocchè noi dobbiamo tenere sempre fisso davanti alla mente che l'intervento vuole essere intrapreso con tutte quelle norme e cautele come se si trattasse di agire sopra una donna sana. Il prof. Mangiagalli, in via generale, preferirebbe al metodo demolitore quello conservatore « per non offen-
» dere troppo i sensi dei presenti con inutili mutilazioni e complica-
» zioni operatorie, e temendo che la costrizione esercitata dal laccio
» sopra molti ed importanti elementi nervosi, si ripercuota quale per-
» niciosa influenza sul circolo e sul respiro. »

Non va tuttavia dimenticato, che a togliere l'utero, l'ostetrico potrà essere obbligato dalla insorgenza di cospicua emorragia (1), pur prescindendo dalle suesposte ragioni di celerità, alle quali invece potrà facilmente sorpassare in favore del metodo conservativo, qualora la paziente, durante l'operazione, mostrasse di trarre sensibile giovameuto dallo svuotamento della matrice, e tale da infondergli anche la più lontana speranza ch'essa possa ricuperare la periclitante esistenza. Alcuni potrebbero obbiettare non essere lecito per la celerità della operazione togliere alla donna coll'utero l'attitudine a divenire eventualmente madre in progresso di tempo. Ma forse che in simili fran-

---

(1) Così occorse al Franzolini, al Crobach, all'Halbertsma, al Carrara e ad altri. Che poi l'emorragia possa essere una causa di indicazione del metodo Porro in genere, fu dimostrato in un recente lavoro del dott. INNOCENTE CLIVIO: « A proposito di un caso di amputazione utero-ovarica cesarea. » *Lo Sperimentale*, anno XLVIII, Sezione clinica, fasc. 31, 32.

genti il ricupero della vita non può essere vagheggiato anche a prezzo di una mutilazione?

Già il Giovanini pel trionfo del parto forzato sul taglio cesareo p. m. nella dubbiosa contingenza di morte apparente, aveva portato in campo un argomento, il quale, a dire il vero, pel modo con cui fu espresso pareva a prima giunta soddisfare (1). « Col taglio cesareo » egli disse « quasi per certo convertirebbesi in realtà inesorabile quella morte » ch' era solo apparente: pel parto forzato non solo non sarebbe tolta » alla donna la più estesa probabilità di ricuperare la vita periclitante, » ma con questa pure l' attitudine di lei a risarcire, in un giorno più » o meno sollecito, con nuova fortunata gravidanza, il difetto di quella » prole o di quella successione, onde nella morte del feto estratto » (per immaturità di sviluppo, o per causa altra qualunque ordinaria- » mente verificabile), rendesi dietro la isterotomia raddoppiato il danno » e la sciagura di un tenero marito e padre e di una speranzosa fa- » miglia. »

Come ognuno vede, al giorno d' oggi la premessa da cui partì il Giovanini non ha più in sè tutto quel valore che mostrava nell'epoca in cui venne enunciata; piuttosto il suo ragionamento potrebbe attagliarsi alla questione della scelta del metodo, imperocchè ove una speciale indicazione non esiga di operare alla maniera del Porro, per le ragioni esposte dal Giovanini, il taglio cesareo conservatore dovrebbe essere al demolitore anteposto. Io ho già esposto il mio avviso, del resto una tale discussione entrerebbe nella categoria di quelle di indole morale nelle quali il Cuzzi (2), non vorrebbe che il medico avesse mai ad intromettersi. « Non deve » egli dice « l'ostetrico lasciarsi guidare da » concetti, secondo i quali egli vorrebbe che fossero foggiati leggi e » regolamenti. Difatti è dannoso che egli pretenda basare la sua con- » dotta su questi suoi concetti personali, e che li pretenda imporre » agli altri. »

A proposito della questione morale sull'argomento che forma l'oggetto del presente scritto, io mi sono già diffuso citando svariati giudizii, nè qui torna utile di riparlarne.

---

(1) Loco citato.

(2) Loco citato, voi. II, pag. 44.

Mi restano ad esaminare due altre questioni, cioè la civile e la religiosa.

Riguardo alla prima dopo quanto fu scritto da Kergaradec, Depaul, Hatin, Devergie, Laforgue, Bonnet Devilliers, Verardini, Giordano, Morisani, Carrara, ecc. (1), si può dire che al giorno d'oggi sia pienamente risolta. E neppure riguardo alla questione religiosa io spenderò molte parole, sembrandomi inopportuno l'addentrarmi a discutere in materia teologica. Tuttavia, siccome su questo punto sono meno complete le notizie nelle varie memorie, così non potrò esimermi dall'accennare ad alcune opinioni, le quali possano servire di guida per coloro che amassero avere la linea di sicura condotta per ciò che tocca quel Sacramento: « *nisi quis renatus fuerit, ex aqua et Spiritu Sanctu, non potest introire in regnum Dei* (2). »

S. Tomaso avverte che *imminente periculo*, può essere conferito il battesimo su quella qualsivoglia parte fetale dai pudendi fuoruscita, ma nega la possibilità del battezzo nell'utero « quia corpus infantis antequam nascatur ex utero, non potest aliquo modo ablui aqua (3). »

Ciò tuttavia fu dimostrato possibile dal M. R. D. Gabriele Gualdo chierico regolare e professore di sacra teologia, imperocchè i primitivi precetti della chiesa, ed anche quelli di epoche meno remote possono e debbono subire delle modificazioni per effetto della ricognizione di molti errori nei quali i teologi sono incorsi, e loro malgrado per mancanza di quelle cognizioni che erano incompatibili coi tempi nei quali scrissero. Rispondendo alla domanda: « An infans in periculo mortis possit baptizari in utero matris, » così si esprime il Bucceroni professore di morale e di teologia presso la Università pontificia (4): « Si infans, inquit Rit. Rom. caput emiserit, et periculum mortis immineat, baptizetur in capite: nec postea si vivus evaserit iterum est baptizandus. » Si e contrario « sit penitus clausus in utero, et baptizetur per ablutionem corporis matris, certum est non valere baptismum, quia infans

---

(1) Vedi le citazioni rispettive nel corso della memoria. Vedi anche il rendiconto completo della discussione sull'argomento in grembo all'Accad. Med. Chir. di Napoli, *Annali di Ostet. e Ginec.*, 1883, pag. 664 e seg. Chi amasse prendere cognizione di ciò che le leggi nei vari stati impongono in siffatta contingenza consulterà con profitto il lavoro di Winkel già citato.

(2) Joan. 3. 5.

(3) *Quaest.* 68. Art. II. « Utrum aliqui sint baptizandi in maternis uteris existentes? »

(4) « Baptisma puerorum in uteris existentium. »

est persona a matre distincta. Si uterus aliquo modo penetrari possit, et puer secondina involutus mediante aliquo instrumento attingatur, probabiliter valide baptizatur, quia illa habetur velut pars infantis. Si mediante aliquo instrumento secundina scindatur et ipsum corpus infantis aqua attingatur *verins* adhuc (1). » Agostino Lehmkul, padre gesuita afferma (2): « Vix dubitari potest de valore baptismi infanti in utero matris collati, si infantis caput a secundina omnino solutum, sine medio instrumento, sine aliter aqua tingi potuerit. »

Nel *Bollettino della Reale Accademia del Belgio* al tomo dell'anno 1845 (3) trovasi un rapporto del dott. Seutin, sopra un lavoro di Thirion di Namur, che può riassumersi in brevi parole, cioè, il sacerdote il quale è in obbligo di far eseguire la operazione cesarea subito dopo la morte della madre, allo scopo di conferire il battesimo alla creatura, può fare altrimenti evitando la sezione cesarea, e sostituendo il procedimento vagino-uterino discusso da vari teologi. Io non riassumerò la discussione di quel consesso, che prese in esame la questione dal doppio punto di vista della scienza e della teologia; solo dirò che tutti gli argomenti posti innanzi, non valsero a bandire, ed in modo assoluto ogni incertezza.

Egli è certo però, e desiderabile, che ove si venisse ad accettare la validità del battezzo endouterino amministrato dall'ostetrico (perchè la Chiesa, per ovvie ragioni non potrà mai far buon viso a che il sacerdote intervenga egli stesso come ministro dell'onda sacra per le vie genitali), un vero servizio, come disse il Depaul, sarebbe reso alla religione, e così pure verrebbero, e per sempre, banditi quegli scrupoli che possono assalire l'ostetrico credente, non solo allorchè trovasi in procinto di aprire una gravida che viene a morire nel parto, o prima di questo, ma ben anche in molte altre contingenze (4).

---

(1) « Institutiones Theologiae moralis secundum doctrinam S. Tomæ et S. Alphonsi. » Vol. II « De materia et forma baptismi » § 402, pag. 112. Romae ex typographia Forzani. Anno 1893.

(2) « Theologia moralis. » Edicto sexta ab auctore recognita. Friburgi Brisgoviaz MDCCCXC, Volumien II, Tractatus II, Caput III, pag. 56.

(3) Vedi in Bibl. Istituto Lombardo di scienze e lettere in Milano.

(4) Il dott. Verrier di Parigi, un ortodosso come lo chiama il Witkowski (« Accoucheurs et sages-femmes célèbres. Esquisses biographiques. » Paris, chez Steinheil, éditeur) ebbe la idea di inventare un imbuto pel battesimo endouterino. Perciò fu insignito da papa Pio IX, del grado di cavaliere dell'ordine civile di S. Gregorio. Anche il Mauriceau sulla fine del 1600 aveva inventata una siringa da battesimo, ciò che gli valse la beffarda censura di Filippo Peu suo accanito avversario.

Riguardo poi a quanto la Chiesa stabilisce circa la sezione cesarea per rispettto alla questione del battesimo, essendomi io già occupato al principio di questo lavoro, non torna utile che quivi ripeta quanto ho già esposto (1).

E così condotta la materia del discorso a questo punto, pongo fine a queste pagine, le quali, se potranno sembrare impari alla importanza del prescielto argomento, avranno tuttavia cooperato, od almeno io lo spero, a radunare ulteriori materiali per nuovi studi, ed avranno dimostrato, che per giungere ad aver vivo il parto nelle estreme contingenze materne, qualunque sia il partito (fra quelli da me contemplati) cui crede appigliarsi, dovrà l'ostetrico, come giustamente disse il Corradi, *saper contemperare la prudenza con l'ardimento, per modo che questo non divenga temerità, e quella non riesca a timida irrisolutezza.*

---

(1) Vedi le note a pag. 216, 217, 218.

RASSEGNA

VINAY. — **Cura della setticemia puerperale collo siero antistreptococcico.** — *Lyon Médical,* 1896, N. 4, pag. 109.

Lo siero adoperato da Vinay fu preparato nel laboratorio di medicina sperimentale delle Facoltà di Lione, proveniva da un cavallo immunizzato con iniezioni di colture filtrate di streptococco. L'A. esperimentò in quattro casi: 1.° Setticemia consecutiva ad aborto. Temp. 40° 8, riescirono vani il raschiamento e le lavature endo-uterine, la cura antistreptococcica è incominciata 11 giorni dopo l'aborto; dopo la prima iniezione la temperatura si abbassò di 2 gradi, in tutto furono praticate tre iniezioni di 30 cc. ciascuna. L'ammalata guarì, ma fu necessaria una oneotomia iliaca. — 2.° Stenosi pelvica. Applicazione di forcipe, febbri in puerperio; le iniezioni di siero si iniziarono 8 giorni dopo il parto, la quantità complessiva 35 gr. — 3.° *Guarigione.* Sepsi puerperale grave, reumatismo infettivo, cura tardiva in 22.ª giornata di puerperio, con sole due iniezioni. — 4.° *Morte.* Distocia grave, seguita da setticemia e da psicosi puerperale a forma melanconica. L'iniezione di siero è praticata in 25.ª giornata contro il delirio, con risultato negativo.

Nei due casi adunque in cui l'intervento fu precoce sembra che lo siero antistreptococcico abbia migliorate le condizioni ed abbassate le temperature, ma negli altri due casi non avrebbe potuto agire in ragione delle lesioni organiche già avanzate; per cui una condizione per ottenere risultati favorevoli sarebbe quella di agire prontamente. Sembrerebbe altresì che l'effetto prodotto dalle iniezioni è assai più marcato se esse sono praticate alla sera allorquando l'ipertermia si manifesta spontaneamente. Aggiunge L'A. che tale trattamento non deve far trascurare le cure locali (irrigazioni antisettiche, raschiamento, ecc.). Decio.

FOLET. — **Grossesse extra-utérine gémellaire, probablement tubaire, rétention pendant 15 ans d'un fœtus mort à terme. Laparotomie, extirpation du sac et de son contenu.** Guérison. — *Annales de Gyn. et Obst.,* Mars 1896.

Se rara è la gravidanza extra-uterina a termine, rarissima poi si è quella modalità conosciuta col nome di tubarica, come pure è eccezionale il fatto che il feto morto possa a lungo soggiornare nell'addome senza suscitare gravi accidenti. L'A.

espone una propria osservazione nella quale trattavasi appunto di un simile caso. La diagnosi di quel tumore (che palpavasi attraverso alle pareti, tumore duro, mobile, irregolare), fu di fibroma voluminoso, incrostato di placche calcari, esso trasmetteva all'utero piccolo e ben distinto, a cui sembrava unito, i movimenti che gli venivano impressi. Alla apertura dell'addome fu trovato come la sacca fetale spessa, ma cedevole, fosse parzialmente aderente alle pareti addominali. Non si trovò traccia di liquido: ad onta di numerose aderenze non venne praticata che una sola legatura. Il fondo della sacca o per meglio dire la fovea ove era innicchiata la sacca fu cucita alle pareti addominali, e fognata con garza jodoformica: il decorso post-operatorio fu normale. L'esame istologico è interessante, poichè mostra le varie modificazioni subìte da questi tessuti, e il loro modo di comportarsi coi varii reagenti. DECIO.

M. BROCA. — **Il prolasso dell'uretra nelle ragazzine.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, Marzo 1896.

È una osservazione che riguarda una ragazzina di 6 anni colta da emorragie dai genitali che fu visitata dall'A., il quale constatò la fonte emorragica risiedere in un bitorzoletto uretrale formato a sua volta da un lieve prolasso di quella mucosa. I fenomeni scomparvero ben presto con alcune cauterizzazioni di nitrato di argento ad 1[50.

L'A. dopo aver speso qualche parola sulla eziologia e sui sintomi di questa affezione, mette in guardia il medico pratico circa ad eventuali errori di diagnosi, basati specialmente sul sospetto di attentati al pudore, che in talune contingenze può deviare l'osservatore più sagace.

L'A. dà in seguito un rapido sguardo alle altre malattie uretrali, allo scopo di precisare la diagnosi differenziale, non che al pronostico ed alla cura, la quale deve variare a norma dei diversi gradi di prolasso. L'A. si mostra partigiano della escisione col bistorì seguito da esatta sutura. DECIO.

NISOT. — **Difterite vagino-uterina puerperale. Sierotera-pia.** Guarigione. — *Bulletin de la Soc. belge de Gyn. et de Obst.*, Bruxelles, 1896, pag. 3.

L'osservazione dell'A. è assai interessante, poichè può dirsi una delle prime in cui siasi potuto realmente accertare che la produzione delle pseudo-membrane fu occasionata dal bacillo di Löffler.

In 3.ª giornata di puerperio la temperatura salì a 39. 5. Le vie genitali si copersero di membrane biancastre, lucenti, aderenti, che staccate lasciavano una su-

perficie rossa sanguinante. Le colture diedero la presenza del bacillo di Löffler senza alcun streptococco. Iniettato lo siero antidifterico (50 cc.) la temperatura scese a 37.° e le membrane si staccarono completamente; per tre giorni consecutivi si praticò ancora una iniezione di 30 cc., dopo di che ogni traccia morbosa completamente disparve. Durante la cura non fu verificato alcun accidente degno di peculiare menzione. Sei mesi dopo la donna era nuovamente pregnante.

DECIO.

H. FEHLING. — **Totalenstirpation einer au collumkrebs erkrankten gebärmuttar in 7. Monat der schwangerschaft** *(Esportazione totale di utero affetto da cancro del collo al 7.° mese di gravidanza). — Monatschrift f. Geburt. u. Gynäk.*, Bd. II, Hft. 5.

Una donna di 32 anni, pluripara, gravida al 7.° mese è accolta nella Clinica di Halle, perchè affetta da cancro del labbro posteriore del collo uterino con diffusione anche al labbro anteriore. L'A. propostasi la questione se conveniva attendere per provocare poi il parto prematuro allo scopo di salvare il bambino, oppure intervenire direttamente per liberare la donna dal funesto neoplasma ond'era affetta, decise di attenersi a questo secondo partito, per il quale si presentavano due vie. L'una consisteva nel provocare l'aborto ed esportare poi l'utero per la via vaginale circa al 14.° giorno di puerperio, l'altra consisteva nell'esportare in un solo atto l'utero gravido. Delle due vie preferì l'ultima, perchè la prima esponeva la donna oltrechè ai pericoli del travaglio a quelli anche di una facile infezione in causa dell'epitelioma ulcerato. L'esportazione dell'utero gravido poteva essere fatta o esportando l'intero utero gravido in un sol tempo dalla via addominale; o dissecando prima il collo per la vagina ed esportando poi l'utero colla laparotomia; o finalmente facendo prima l'operazione Porro ed esportando poi il moncone dalla via vaginale. Fu questo il metodo a cui si attenne l'A.

Fatta la laparotomia, esportato l'utero col metodo Porro affondando il peduncolo allacciato con laccio elastico e cauterizzato col termo-cauterio, chiuse semplicemente il peritoneo con sutura in catgut, poi seduta stante procedette alla esportazione del moncone uterino dalla vagina. Chiuso il peritoneo pelvico con sutura in catgut e chiusi i lembi vaginali, completò la sutura a strati della parete addominale. Il bambino del peso di gr. 650 nacque vivo, morì poco dopo; negli annessi si trovò un feto papiraceo di circa due mesi.

La donna si riebbe facilmente, il decorso post-operativo fu affatto normale, e dopo circa 18 giorni la paziente lasciava la Clinica in ottime condizioni.

L'A. consiglia questo metodo operativo nei casi in cui essendovi carcinoma del collo, la gravidanza sia giunta a tale epoca da non essere più possibile la esportazione totale dell'utero dalla vagina.

RESINELLI.

BOURSIER. — **Sur un cas d'énterocèle vaginale postérieure.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, Avril 1896.

Trattavasi di una donna di 50 anni, unipara, obesa ma in buona salute, già operata da Lefour nel 1890 di raschiamento, amputazione vaginale del collo, colporafia anteriore o colpo-perineorafia. La vulva è beante. Alla parte posteriore della vulva nella stazione eretta e più ancora se la paziente è accoccolata, appare un tumore rotondeggiante formato dalla parete vaginale cacciata in fuori. Tale tumore si riduce spontaneamente se la donna si corica e si riproduce allorchè essa si alza. Colla palpazione fra le dita è agevole il riconoscere come al di dietro della vagina esista un pacchetto di più anse intestinali della sezione del tenue, ma non contiene epiploon. La riduzione è facilissima, ma questa non si mantiene non esistendo un vero anello erniario. La parete vaginale ha semplicemente ceduto alla continua ed esagerata pressione della massa intestinale mal sorretta. L'A. parla poscia della letteratura dell'*elitrocele*, la quale rimonta solo al 1736 colla osservazione di Garengeot, del meccanismo di produzione, vale a dire per scollamento del cul di sacco di Douglas, distinguendo due varietà a seconda che il retto è o no interessato. Riguardo al diagnostico lo crede ordinariamente facile, specialmente se il tumore è riducibile, ma tuttavia mette in guardia i chirurghi colla narrazione di casi in cui l'ernia vaginale presa per polipo fu escisa col sacrificio di 24 cm. di epiploon o 10 di colon trasverso, e di altri in cui fu incisa come ascesso, sempre con esito letale.

Il pronostico di questa affezione è grave. Oltre agli strozzamenti e a tutti gli altri accidenti cui può andar soggetta, come tutte le ernie, essa è grave, perchè di difficile guarigione e spesse volte rimane incurabile. Essa può costituire una imbarazzante distocia all'atto del parto come occorse di vedere a Smelli e Gattai. Nello scorso secolo Arnaud, Garengeot, Hoin, tentarono la cura palliativa con pessari voluminosi, assai male tollerati dalle pazienti. L'A. preconizza un pessario ad aria simile al pallone di Champetier, ma non può dare ancora ragguagli circa il suo modo di azione. Mostrasi poco proclive al trattamento chirurgico, perchè bisognerebbe trovare, egli dice, un mezzo per sopprimere « *l'amorce que la dilatation du cul-de-sac de Douglas constitue, pour la reproduction d'une hernie.* »

DECIO.

G. RONCAGLIA. — **Una parola in favore della operazione di Alexander.** — *Rassegna di scienze mediche*, Dicembre 1895.

L'operazione di Alexander come si praticava da principio non diede risultati gran fatto soddisfacenti, laonde era stata abbandonata dai più. La tecnica opera-

tiva per quanto semplice, aveva più volte esposto valenti chirurghi alla impossibilità di scoprire i legamenti rotondi. Ora mercè una modificazione introdotta l'operazione riesce più facile e più efficace.

Sezionando su di una sonda scanellata l'aponeurosi del grande obbliquo, si viene ad aprire tutto il canale inguinale, cosichè riesce comodo l'afferrare il legamento rotondo là ove è più grosso, stirarlo e fissarlo per un tratto più o meno lungo. Benchè l'A. riconosca che nella mente di molti sia sorta contemporaneamente l'idea di tale modificazione (cita Polk, Trélat, Schwartz, Newmann, Chalet ed altri), tuttavia crede la priorità doversi al Bompiani. Addentrandosi poscia nelle peculiarità occorse in ben 16 casi operati (4 per prolassi e 12 per retrodeviazioni mobili senza palpabili lesioni degli annessi), conclude che in nessuno ebbe a notare recidiva. Spesse volte eseguì come complemento il raschiamento o l'amputazione vaginale del collo. In tre casi di questi susseguì gravidanza condotta felicemente a termine, il parto fu normale, e l'utero si mantenne in posto anche in prosieguo.

Ond'è che l'A. pensa che l'operazione di Alexander modificata nel senso Bompiani meriti di essere eseguita colla raschio-amputazione nei casi di metriti con retrodeviazioni mobili e senza palpabili lesioni degli annessi, e nei casi di prolasso come atto complementare della amputazione del collo e delle plastiche vagino-perineali nelle donne in cui è ancor possibile una gravidanza. Segue una dettagliata tabella che comprende i 16 casi. DECIO.

JACOBS. — **La collopexis ligamentaria nel prolasso uterino.** — *La Policlinique,* Bruxelles, 1896, pag. 47, 1.

Essendo noti i frequenti insuccessi degli interventi plastici diretti a riparare i prolassi uterini, il prof. Jacobs propone una operazione che egli chiama *collopexi ligamentaria.* Ecco come descrive il processo. L'operanda è nella posizione di Trendelenburg. Incise le pareti addominali, l'utero è attirato fuori della breccia. L'emostasi è assicurata col mezzo di legature poste al di fuori degli annessi sui legamenti larghi, i quali vengono recisi all'indentro fino a 3 cm. circa dalla porzione vaginale del collo.

Ciò fatto pratica l'amputazione sopravaginale dell'utero, avendo cura di scolpire due lembi peritoneali, uno anteriore e l'altro posteriore, che vengono poscia riuniti con sutura, previa cauterizzazione del moncone uterino con soluzione di cloruro di zinco. Allorquando il moncone uterino è coperto dai lembi peritoneali suturati, questo viene stirato in alto ed assicurato tanto a destra quanto a sinistra alla parte superiore ed esterna di ciò che resta dei legamenti larghi. Tali suture tra il moncone di collo ed i monconi dei legamenti larghi mantengono il collo in

posizione elevata. Qualora poi lo stato del collo uterino reclamasse l'isterectomia totale, ai monconi dei legamenti larghi si cucirebbe lo stesso infundibulo vaginale, e la *collopexi* sarebbe così trasformata in *colpopexi*. DECIO.

Dott. C. DECIO. — **Sopra un caso di ematosalpinge ed ematometra per mancanza congenita della vagina.** — *Atti dell'Associazione Medica Lombarda,* Gennaio-Febbraio 1896.

Nell'operata di salpingectomia bilaterale che l'O. presenta all'Associazione, la funzione mestruale non era mai stata avvertita, e dalla età di 11 anni, ad epoche mensili pressochè costanti, la giovane era assalita da dolori di ventre che la lasciavano poi molto prostrata di forze e vieppiù sofferente; da qualche anno essa aveva altresì avvertito una tumefazione alla regione ipogastrica, ove essa appunto riferiva i dolori. Tale tumescenza diffusa e mal delimitabile nei suoi contorni si riscontrava infatti colla palpazione. I genitali esterni virginei si presentavano alla semplice ispezione affatto normali, ma, divaricate le piccole labbra, al luogo dell'imene appariva una piccola zona ovale affatto impervia, di colorito normale e non protuberante come suole essere nei casi di ematocolpo. Attraverso al retto si potè rilevare all'altezza di 9 cm. circa la presenza di una massa che per i suoi caratteri l'O. interpretò come la cervice uterina. Introdotto poscia un catetere metallico in vescica, mantenendo l'indice nel retto, si sentiva che l'estremo della siringa era separata dal dito da una sottilissima parete, offrendo così la impressione che la vescica fosse accollata al retto medesimo. Istituita pertanto la diagnosi di mancanza della vagina e di ematometra ed ematosalpinge bilaterale, l'O. si provò dapprima a creare una vagina artificiale che potesse dare esito alla raccolta sanguigna uterina e tubarica, ma arrivato a 4 cm. dalla breccia iniziale dovette desistere dall'impresa perchè il retto e la vescica, come immedesimati, costituivano un così esile foglietto che non sarebbe stato facile nè prudente di sdoppiare. Fallita questa prova l'O. non credendo di dover ricorrere agli antichi metodi di punzione attraverso il retto o attraverso i tessuti rappresentanti la mancante vagina, decise di intervenire per via laparotomica e procedette alla ablazione di entrambe le tube, oltrechè ectasiche per la raccolta di cui erano sede, alterate anche da processi peritonitici, che avevano create numerose e tenaci aderenze. Fatta astrazione dei primi giorni consecutivi all'atto operatorio, nei quali per le stesse misere condizioni in cui la paziente versava, si era incerti nel pronostico, il restante decorso fu così soddisfacente, che in 18.ª giornata l'operata potè lasciare il letto.

Le condizioni generali dell'ammalata migliorarono assai, e l'utero andò mano a mano riducendosi di volume. Esposto il caso l'O. fa alcune considerazioni sulla diagnosi e sulla terapia di questa rara affezione congenita, ricordando la ricca let-

teratura antica e moderna sull'argomento e dimostrando come nel caso suo l'ablazione degli annessi uterini, anche prescindendo dalla impossibilità di aprire una via artificiale al sangue raccolto, fosse pienamente giustificata, e conclude che laddove l'ematometro-salpinge si accompagni a mancanza totale della vagina si debba sempre ricorrere alla ablazione degli annessi. AMADEI.

COEN. — **La cura della eclampsia puerperale mercè le iniezioni endovenose di acqua salata.** — *Rivista di Ostetricia e Ginecologia,* Maggio 1896.

Accennati brevemente gli studi di Pye Smith, di Dastre, di Loye, di Kirstein, di Castellino, nonchè i casi felicemente trattati colle iniezioni endovenose di siero artificiale secondo la formula di Hayem, da Galvagni, di Acconci, di Jayle, da Beaussemat, da Peyrot, da Michaux, Monod, Leyars, Bernheim, passa ad esporre un proprio caso in cui ebbe ricorso al metodo con felice successo. Trattavasi di una donna di 37 anni, gravida al 7.° mese, accolta nella Clinica dell'A., addì 22 Gennaio 1896, in travaglio, in perfetto stato di coma alternato da forti accessi eclampsici. Essa partorì spontaneamente, e continuando lo stato grave, in una vena dell'avambraccio sinistro si iniettarono 1400 gr. di siero artificiale, che furono benissimo tollerati, dopo aver tratti dalla vena cefalica del braccio destro circa 200 gr. di sangue. L'iniezione venne fatta alle ore 11 ant. con una soluzione di Na Cl al 0,75 % a circa 37°. Fino alle 4 dello stesso giorno ebbe ancora 5 accessi, persistette il coma e l'anuria. Gli accessi cessarono solo alle 7 pom., indi comparve abbondante urina e contemporaneamente la temperatura si abbassò. Il giorno dopo ad 11 ant. fu praticata una seconda iniezione di 1500 gr.; addi 24 la malata cominciò ad uscire dalla incoscienza lentamente, l'albuminuria scomparve sicchè la paziente al 5 Febbraio usciva perfettamente guarita. L'A., mettendo in rilievo la gravità del caso, crede utile comunicarlo (benchè da solo abbia un valore molto limitato), affinchè i colleghi possano valersi di questo metodo di cura per esperimentare fino a qual punto possa esso riuscire efficace. DECIO.

HERVIEUX. — **Immunità vaccinica endouterina.** — *Progrès Médical.,* N. 4, Gennaio 1896.

Hervieux, per incarico di Ausset medico militare, comunica all'Accademia di Medicina di Parigi un caso di immunità vaccinica in un individuo la cui madre ebbe il vaiolo durante la gravidanza. L'individuo che non portava alcuna traccia di cicatrici, fu indarno inoculato per parecchie volte. Solo un'ultima vaccinazione a 27 anni, produsse per la prima volta due pustole regolari. DECIO.

Dott. MASÈ. — **Un caso di enfisema sottocutaneo parziale, originato nel periodo espulsivo del travaglio.** — *Progrès Médical,* N. 4, Gennaio 1896.

Trattasi di una donna di 22 anni, primipara, la quale nel periodo espulsivo provò un violento colpo un po' all'interno ed al disotto della mammella sinistra. Al torace sinistro, al collo ed alla guancia omonima apparvero ben presto traccie di enfisema, con molesta sensazione di costrizione. Si applica subito il forcipe estraendo un feto vivo di 3520 grammi. Subito scompare l'edema, ed al 6.° giorno non si scorge alcuna traccia di esso, che è conosciuto come una rarissima complicazione del travaglio e che si manifesta nel periodo espulsivo. Generalmente è originato da rotture delle vescicole polmonari. Nel caso esposto l'O. pensa che l'aria sia passata sotto la pleura viscerale arrivando al mediastino e di là al collo, dando così luogo alla dispnea. — DECIO.

SPINELLI. — **Carattere storico e scientifico della ginecologia contemporanea** (Prolusione). — Tipografia Trani, Napoli, 1896.

Studiando la storia della ginecologia attraverso i secoli, l'A. ravvisa tre periodi fondamentali.

Un primo periodo in cui negli scritti di Ippocrate, Galeno, Paolo d'Igina troviamo lunghi capitoli riservati alle malattie delle donne, ma scarsa e deficiente è la parte terapeutica. La Scuola Araba non fa avanzare gran fatto le cognizioni ginecologiche, ed in prosieguo, dopo l'invenzione della stampa con Ambrogio Parco, con Fabrizio Ildano, con Cardeo, con Forestus, Sebezio, si incomincia ad adottare il metodo obbiettivo nelle indagini della patologia muliebre.

Il secondo periodo è contrassegnato al suo inizio colle immortali scritture di Morgagni, il quale distinguendo negli accidenti puerperali varie forme separate a seconda della sede, differenziò le ovariti dal flemmone iliaco, e descrisse i fibromi e le ipertrofie cervicali simulanti prolasso della matrice. E nel mentre l'anatomia patologica rischiarava le alterazioni degli organi genitali, ecco che l'assistenza ai parti finisce di essere esclusivo monopolio delle comari, Guillemeau, Mauriceau, Peu, Puzos, Astruc, Levret, ecc. diffondono nuovi precetti, fra i quali importantissimo quello della esplorazione bimanuale.

In Francia Récamier segna un'epoca di importante rivoluzione nel campo della ginecologia, seguito poi da Boivin, da Dugès, ecc. L'Italia, la Germania e l'Inghilterra, salvo uno scarso numero di lavori, rimasero a lungo tributarie della Francia, in Italia poi, aggiunge l'A., la ginecologia ha avuto in questo periodo uno sviluppo

lento, incompleto e quasi impersonale, e crede ciò devoluto alle condizioni della vita civile e politica, tuttavia fra i nomi di coloro che fecero rifulgere il nome italiano con profonde osservazioni annovera il Palletta, il Malacarne, Penchianeti, Zanini, Mondini, Calori, Dalle Chiaje, Monteggia, Rizzoli, Cavallini, ecc., ecc.

Il terzo periodo può dirsi il periodo chirurgico per eccellenza. Mercè i portati della antisepsi non sono più temerità taluni ardimenti, e così la ginecologia sfugge di mano ai medici dalla secolare terapia dello specolo e dagli inani espedienti delle pennellature, e si concentra nelle mani dei chirurghi e degli ostetrici. Anzi fuvvi un momento (secondo l'A.), che lo stesso ostetricante parve perdere terreno, fino ad essere considerato soltanto come un modesto ausiliario della levatrice. L'A. crede così di spiegare una specie di sovranità, in fatto di ginecologia, che in Italia ebbero invero alcuni celebri chirurghi (1).

Ma con Carlo Schröder, l'immortale ostetrico di Berlino, si forma il vero tipo del ginecologo moderno, quali Olshausen, Léopold, Zweiffel, Sänger, Martin, Hegar, Kaltenbach, Fritsch, ecc. In Francia è ancora vivo il dualismo fra ostetrici e chirurghi, nel mentre che in Italia l'A. vede con soddisfazione la ginecologia prendere una direzione unica ed organica.

L'ultima parte della prolusione è riservata a dimostrare che l'avvenire della ginecologia operativa deve essere basato sopra severe ricerche cliniche anatomo-fisiologiche e patologiche, e che tutta la organizzazione scientifica non deve essere posta ai servizi di una chirurgia sistematicamente demolitrice, la quale sotto il pretesto di guarire la paziente ne mutila l'organismo, provocando una serie di altri disturbi ed altre lacune nella unità delle sue funzioni. All'uditorio promette un corso di lezioni sostanzialmente pratico.

---

(1) Questa specie di sovranità ch'ebbero i chirurghi deve anche in parte attribuirsi al fatto che essi soli avevano nelle cliniche operative universitarie quei mezzi che soltanto più tardi vennero concessi, e non sempre con larghezza, alle cliniche di ostetricia.

DECIO.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XVIII. Agosto 1896. Num. 8.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

Prof. L. M. BOSSI

DIRETTORE DELLA R. SCUOLA OSTETRICA DI NOVARA

A proposito di tumori ostruenti il canale pelvico

DURANTE IL PARTO (1)

Intendo qui occuparmi dei tumori degli annessi complicanti la gravidanza ed il parto, tumori che in gran parte appartengono alla categoria dei neoplasmi cistici. Una distinzione a farsi tosto si è quella di casi in cui essi trovansi nell'escavazione e presentano aderenze più o meno notevoli cogli organi circostanti, e di casi invece in cui essi, pur ostruendo il canale pelvico ed essendovi incarcerati, non offrono aderenze degne di nota.

Si è quest'ultima classe che forma oggetto delle presenti note.

Al sopraggiungere del sopraparto il feto, a causa delle contrazioni uterine, tendendo ad impegnare la parte presentata, spinge sempre più in basso il tumore, che trovasi al davanti ed il quale va man mano maggiormente tendendo il cul di sacco retto vaginale.

La parte presentata quindi non potrà oltrepassare lo stretto superiore, e le contrazioni uterine continuando avranno per effetto di vieppiù incarcerare il tumore esagerando sempre maggiormente la compressione della vescica e del retto, donde facili i fenomeni di collasso, di emorragie, di rotture delle cisti, di peritoniti.

Evidentemente in queste circostanze le condizioni della paziente nonchè del feto vanno via via aggravandosi e rendendosi pericolosis-

(1) Comunicazione fatta alla R. Accademia Medica di Genova nella Seduta del Luglio 1896.

sime, come lo provano i casi di morte della paziente pubblicati da Brewer, da Frischel, da Nolling, da Stadfelt, Rambsbootham, Nurn, Mighels, Lever, Bidder, Subugin, Baader, Comden, ecc.; nonchè i casi di sfondamento e rottura di tutto il piano perineale avveratisi sotto gli sforzi del parto e pubblicati da Berry, Lachapelle, Khriskreus, ecc.

I metodi d'intervento in questa seria complicanza ostetrica suggeriti dagli autori (Schroeder, Olshausen, Charpentier, Barnes, Lomer) sono:

1.° La riduzione del tumore.

2.° Non riuscendo questa, tentare la puntura del tumore attraverso la via vaginale o la via rettale.

3.° Laparotomia ed ablazione del tumore.

Ed il Lomer così conclude a tale riguardo:

1.° Nei parti complicati da tumori ovarici non devesi troppo a lungo attendere.

2.° In tutti i casi devesi anzitutto tentare la riduzione del tumore.

3.° Se questa non riesce bisogna sempre tentare la puntura del tumore, se questo è a contenuto liquido.

4.° Se il tumore contiene (come nel nostro caso) elementi troppo densi perchè possano colare dalla cannula, bisogna incidere ampiamente la parete della cisti.

5.° Nei casi di tumori solidi si dovrà scegliere fra l'operazione cesarea e l'apertura.

Tutti gli autori concordano, come d'altronde è ovvio, nel suggerire che avanti qualsiasi altro intervento si tenti la riduzione del tumore.

Ma le statistiche finora pubblicate ci dimostrano come assai soventi questa manovra non riesca.

Infatti il Litzmann su 45 casi riuscì a ridurre il tumore solo in 7, perdendo una madre e cinque feti.

Il Playfair in 57 casi potè praticare la riduzione del tumore solo in 5.

Complessivamente poi usando dei varii interventi nella statistica del Lizmann si ebbero su 47 casi e 56 parti:

Madri vive	32
Madri morte	24
Feti vivi	7
Feti morti	35
Feti di cui è incerta la sorte	17

E nella statistica raccolta dal Playfair su 57 casi:

Madri vive	34
Madri morte	23
Feti vivi	17
Feti morti	32
Feti di cui incerta la sorte	8

Percentuali chiaramente poco confortanti e che inducono a pensare alla gravità indiscutibile di questa complicanza.

La percentuale migliore dovrebbe essere quella che si riferisce alla riduzione del tumore, ma come vedesi, questa molto frequentemente non riesce, nè io saprei se questo fatto debbasi attribuire piuttosto alla speciale difficoltosa posizione del tumore in rapporto alla parte presentata del feto, od al difetto nella tecnica usata dai varii autori.

Si è perciò che ritenni poter riuscire di qualche utilità l'esposizione del seguente caso clinico il quale potrebbe così riassumersi: *Gravidanza a termine, sopraparto complicato da placenta previa marginale e tumore disceso fino allo stretto inferiore, ostruente il canale pelvico e simulante per la sua struttura una gravidanza extrauterina, riduzione del tumore previa cloronarcosi e posizione del Trendelenburg, estrazione col forcipe di feto vivo, allattamento regolare per sei mesi, dopo sette mesi dal parto laparotomia, ablazione del tumore ed isteropessi, guarigione della paziente.*

I particolari sono i seguenti:

Dalla Zara, d'anni 30, di Genova, abitante in Salita Montebello, N. 8, nulla offre di gentilizio, nulla ebbe di notevole nell'infanzia. Fu mestruata la prima volta solo a 21 anni, i successivi periodi furono irregolari fino all'età di 24 anni in cui si maritò.

Ebbe cinque gravidanze di cui le prime due terminate con aborto a due ed a tre mesi, la 3.ª a termine e regolare con parto felice, la 4.ª terminata con applicazione di forcipe ed estrazione di feto morto.

Veniamo a quanto si riferisce alla quinta gravidanza, che è oggetto della presente memoria.

Ai primi di Aprile 1895 ebbe l'ultimo periodo mestruale in seguito al quale si accorse di trovarsi in istato interessante.

La paziente rileva come avanti quest'ultima gravidanza nulla mai ebbe a notare di speciale all'infuori di un dolore d'intensità varia al lato sinistro ove talora notava leggera enfiagione.

Tale dolore e tale enfiagione si accrebbero dopo l'Aprile 1895 e ciò durante l'ultima gravidanza, che fu accompagnata da notevoli squilibrii nervosi, da gravi disturbi intestinali con una stitichezza pure grave, da nevralgie lombo-sacrali talora insistentissime.

Il giorno 8 del Gennaio 1896 e cioè a termine di gestazione si iniziò il periodo dilatante del parto a cui venne chiamata ad assistere la levatrice sig. Machetta.

Il giorno 8 stesso, verso mezzogiorno, ebbe notevole perdita di sangue per cui ricorse alla Guardia ostetrica ed il dott. De Marini accorso riscontrò trattarsi di gravidanza a termine con feto vivo in presentazione di vertice, complicata da placenta previa marginale e da un tumore che occupava lo spazio del Douglas impedendo alla testa di discendere. Il collo completamente accorciato presentava la dilatazione solo di un centimetro.

Le membrane essendo intatte il dottor De Marini praticò un tamponamento vaginale che impedì ulteriore perdita di sangue.

Il giorno seguente levò il tampone ed avendo riscontrato il collo essere di poco dilatato e ripetutasi l'emorragia lo rinnovò.

Il giorno 10 sera, poi, coll'intervento dei dottori De Paoli e Olivieri, levatosi di nuovo il tampone si riscontrò il collo dilatato di 3 cent. ed il tumore che esisteva nel cavo del Douglas molto più disceso in basso e punto mobile, permodochè non era possibile procedere all'estrazione del feto. Le membrane erano da qualche ora rotte, ed il liquido amniotico che colava nonchè i battiti cardiaci fetali dinotavano il feto sofferente.

Fui allora io chiamato, e, previa disinfezione, avendo esaminata l'ammalata trovai: donna molto sofferente e quasi esausta di forze; utero in contrazione spasmodica; battiti cardiaci fetali frequentissimi e tanto profondi da riescire quasi impercettibili; collo completamente dilatato, membrane rotte e, in alto e mobile, presentazione di vertice; posteriormente poi e molto abbassato un tumore, che attraverso alla colonna vaginale ed alla ripiegatura peritoneale lasciava distinguere perfettamente un osso parietale di un feto a circa 7 mesi di sviluppo. Diagnosticai quindi:

Diagnosi. — Gravidanza gemellare mista, di cui un feto a termine sviluppatosi nella cavità uterina e assai sofferente, e l'altro non a termine nel cavo peritoneale e probabilmente morto.

Placenta previa marginale, collo dilatato completamente, membrane rotte, donna assai sofferente ed in cattive condizioni di resistenza a causa sia del sangue perduto, sia dei dolori che persistevano da tre giorni.

Il soggetto d'altronde non essendo punto robusto e scarsa la nutrizione, facile è comprendere in quale stato dovesse versare. Senz'altro perciò decisi di intervenire evacuando dapprima la cavità uterina, sia

per arrestare la perdita di sangue, sia per tentare di salvare il prodotto del concepimento, sia infine per togliere dalle sofferenze la paziente la quale avrebbe ognor più peggiorato offrendo minore resistenza quindi a qualsiasi intervento.

Intervento ostetrico. — Feci tosto cloroformizzare l'ammalata e nel contempo la disposi col bacino molto alto sulla sponda del letto in modo da imitare la posizione del Trendelenburg, volendo con ciò facilitare la spinta entro l'addome del tumore che era disceso fino allo stretto inferiore. Sotto una buona narcosi riuscii infatti a spingere al disopra dello stretto superiore il tumore, e ve lo feci trattenere da uno degli assistenti.

Applicai rapidamente il forcipe sulla testa che era ancora mobile ed estrassi un feto di sesso femminile asfittico, che si riebbe colla respirazione artificiale.

La durata dell'atto operativo dalla riduzione del tumore all'estrazione del feto fu di 20 minuti al *maximum.*

Estratto il feto, ricercai se esistevano battiti cardiaci fetali che rivelassero lo stato di vitalità dell'altro diagnosticato addominale, ma non mi fu possibile rintracciarne. Giudicando allora l'altro feto morto e trovandosi la donna estenuata di forze stabilii soprassedere; per il che coricata in letto e ben riscaldata l'ammalata fu lasciata tranquilla.

Nessuna reazione febbrile conseguì, nessun disturbo.

La paziente potè anzi allattarsi il suo bambino fino ai primi di Giugno senza alcun inconveniente, evidentemente sempre sorvegliata dai sanitari della Guardia ostetrica.

Ai primi di Giugno però la bambina ebbe una diarrea invincibile e la lattazione divenne anormale tanto che la feci tosto tralasciare.

Mutata la nutrizione, la bambina si rimise e la diarrea cessò.

Allora pensai essere giunto il momento opportuno di liberare la Dalla Zara dal neoplasma che portava nell'addome con abbastanza disinvoltura, ma non senza disturbi.

Intervento ginecologico. — La ricoverai quindi nella mia Clinica il giorno 6 Giugno 1896, ed il giorno 8 in presenza dei dottori De Paoli G. B., S. De Marini, G. De Paoli, Gallo, Di Negro e Paoletti praticai la laparotomia.

Aperto l'addome tosto si presentò un tumore del volume di una grossa testa di feto a termine, a pareti tese, avente l'aspetto d'un cistoma misto e che trovavasi incarcerato nel bacino. Con non lieve fatica riuscii a disimpegnarlo ed a portarlo all'esterno.

Riscontrai allora che aveva il suo impianto sul legamento largo di sinistra. Previa legatura lo esportai; di poi, trovandosi l'utero in esagerata retroversione, ciò che avevo notato anco negli ultimi quattro

mesi, fissai l'utero alla parete addominale anteriore, e passai di poi alla sutura addominale e consecutiva fasciatura.

Diagnosi anatomica. — Il tumore esportato era alquanto ovoidale, del volume di una grossa testa di feto a termine, a pareti molto tese mostrando qua e là parti sottostanti solide a forma varia, per modo che, anche con un esame diretto, avanti inciderlo riusciva assai difficile stabilirne l'indole.

Praticata un'incisione lungo il diametro maggiore si riscontrò:

1.° Una parete involgente dello spessore di un centimetro e mezzo che all'esame istologico si dimostrò costituita da tessuto connettivo stipato.

2.° Su una parte declive di tale parete e precisamente sulla parte che corrispondeva al cavo del Douglas un osso simile ad un parietale portante impiantato nella superficie interna un dente canino.

Tale osso affatto simile al parietale era perfettamente aderente alla membrana involucro, la quale essendo molto consistente poteva simulare perfettamente una sutura. Da ciò l'errore diagnostico commesso dell'esistenza cioè di una gravidanza extrauterina.

3.° Di un contenuto giallastro denso il quale lasciato a sè al freddo si solidificò dando l'aspetto d'un ammasso di grasso, presentando solo poche cellule epiteliali piatte.

4.° Di un ammasso di capelli biondi e lunghi galleggianti in tale liquido.

5.° Di un tratto di pelle avvoltolata su sè stessa e facente corpo con altro osso simile a un mascellare avente due denti impiantati.

L'esame anatomico, come è evidente, mi condusse alla diagnosi di *cisti dermoide.*

Ed ora poche e lievi considerazioni:

Ci si presenta anzitutto una domanda, se cioè questa cisti dermoide era di formazione recente ed a sviluppo rapido.

Se si considera che la paziente nelle precedenti gravidanze non accusò mai alcun disturbo che faccia sospettare esistesse tale tumore, e che nell'ultimo parto, avvenuto pure con applicazione di forcipe un anno e mezzo prima di quello descritto, il sanitario che intervenne non si accorse dell'esistenza di tale complicanza, verrebbe certo il dubbio che detta cisti possa aver avuto uno sviluppo di recente data, come il Mangin avrebbe riscontrato nel suo caso.

La struttura però del tumore, la presenza cioè di una membrana involgente assai dura e spessa, di pezzi d'osso già ben consolidati, di

denti a completo sviluppo, di capelli assai lunghi farebbe pensare debba essere di data anteriore all'ultima gestazione.

Stante quindi il fatto che riscontrammo detta complicanza solo a termine di gravidanza, quando il volume della cisti aveva le proporzioni all'incirca eguali a quelle in cui si trovava quando dopo sei mesi di allattamento veniva estratto con laparotomia, nessuna considerazione seria ci è dato fare per rapporto alle modalità di sviluppo.

È a notarsi in secondo luogo come fui condotto ad un errore diagnostico nell'aver pensato all'esistenza di una gravidanza composta mista, endouterina cioè ed extrauterina.

Ma il percepire attraverso la colonna vaginale posteriore un tumore sferico teso con un osso parietale, doveva esporre a simile diagnosi, la quale avrebbe potuto essere dannosa per rapporto all'intervento qualora, per timore di complicanze, si fosse effettuato durante il puerperio.

Razionalmente riscontratosi però un puerperio fisiologico, non solo rimandai ad altra epoca l'intervento laparotomico, che qui offriva certo particolare interesse clinico per l'operatore, ma permisi anche l'allattamento, che, trattandosi di povera operaia, riusciva anche economicamente utile.

Rilevasi così anche la conformazione della cisti abbastanza rara per l'esistenza di tale osso parietale (portante un dente sulla superficie interna) facente corpo colla parete cistica.

Ma ciò che sopratutto credo opportuno notare si è l'ottimo esito ottenutosi durante il sopraparto, così per la madre che per il feto, per quanto fossevi quale altra complicanza anco la placenta previa. Alla cloronarcosi ed alla posizione del Trendelenburg devesi tale esito.

Ricorsi alla cloronarcosi onde eliminare le contrazioni dei muscoli addominali, contrazioni che premendo sui visceri addominali e quindi anche sull'utero e sul tumore tendevano ad incarcerare sempre più quest'ultimo ed a fissare la parte presentata.

Interessava in tal caso una tregua in cui così la testa del feto che il tumore si lasciassero smuovere dalle singole posizioni.

Ricorsi alla posizione del Trendelenburg perchè evidentemente spostando i visceri addominali in alto, verso il diaframma, diminuivo o rendevo quasi nulla la pressione endo-addominale dall'alto al basso, e mi riusciva quindi assai più facile lo spingere in alto il tumore e la testa fetale, per poi aver libero lo spazio all'estrazione di questa,

E la manovra riuscì perfettamente; il tumore fu ridotto, il feto venne estratto vivo senza inconvenienti ed il secondamento riuscì facile perchè il neoplasma non ridiscese.

È una tecnica che nulla di straordinario offre, ma l'esperienza che la conforta potrà sempre riuscire di utile guida nel campo clinico.

Nel mentre Terillon e Valat (1) considerano l'ovariectomia eseguita nei primi 5 mesi di gravidanza doversi preferire alla condotta di attendere per poi ridurre il tumore o farne la puntura, il Mangin, ancor più radicale, in una recentissima sua memoria (2) conclude consigliando doversi preferire l'ovariotomia durante la gravidanza non solo nei primi 7 mesi come egli fece in un suo caso, ma anche negli ultimi due, soggiungendo: « facilmente si arriva a questa conclusione quando si bilancino da un lato la pochissima mortalità dell'ovariotomia pur eseguita durante la gravidanza ed il numero relativamente lieve degli aborti che ne conseguono, e dall'altro lato invece gli accidenti tutti assai serii che conseguono aspettando, e cioè: frequente aborto; vivi dolori; esagerata distensione dell'addome; accidenti di compressione; torsione del peduncolo; *accidenti di distocia eccessivamente frequenti;* necessità d'intervenire ancora dopo il parto *quando si sono stabilite forti aderenze;* e *soppressione dell'allattamento materno*, ecc. »

Nel caso nostro i disturbi durante la gravidanza furono sopportabili; la gravidanza andò a termine; la paziente potè allattare per sei mesi; alla distocia si potè provvedere col metodo sopradescritto.

Ora, a parte il fatto che la paziente chiamò il nostro intervento solo al sopraggiungere del sopraparto e che quindi non mi fu dato pormi il quesito se o meno intervenire durante la gravidanza, io tenderei a ritenere che qualora i disturbi non si impongano per la loro gravità, e nelle cisti dermoidi, specialmente, stante in generale il loro volume non grande ed impossibile o quasi a divenire grandissimo per la gravidanza, non convenga esagerare nell'intervento laparotomico durante la gestazione, avendosi poi nell'associazione della cloronarcosi alla posizione del Trendelenburg un utile mezzo per ridurre il tumore.

---

(1) Terillon et Valat. *Arch. de biologie,* 1888.

(2) Mangin. « Kyste dermoide et grossesse. » *La Gynécologie,* 15 Juin 1896.

R. SCUOLA PAREGGIATA DI OSTETRICIA IN MILANO
diretta dal Prof. E. PORRO

Un caso di gravidanza extrauterina addominale primitiva

MORTE DEL FETO

Gastrotomia con esportazione completa della cisti fetale

PEL
Dott. E. ROCCHINI, 2.° Assistente

N. N. di Cantù di anni 26, di professione fabbricante di merletti: non soffrì mai malattie di notevole importanza. Ebbe la prima mestruazione a 15 anni regolare, accompagnata da pochissimi dolori che non si ripeterono più nelle successive ricorrenze regolari per quantità di sangue ed epoca di comparsa. Ebbe antecedentemente 4 gravidanze condotte tutte a termine senza disturbi di sorta con feto bene sviluppato. Il 1.° parto fu manuale pare per situazione trasversa del feto (?), il 2.° avvenne spontaneo in presentazione podalica, gli altri due facili in presentazione di vertice: ebbe puerperii regolari, allattò i suoi nati.

L'ultimo parto avvenne il 23 Aprile 1894: mentre allattava il 25 Settembre 1894 ebbe uno scolo sanguigno dai genitali della durata solita della mestruazione ed accompagnata da tutti i fenomeni concomitanti al flusso menstruo. In seguito non comparve più nulla e la donna capì di essere gravida. Della gravidanza notò i fenomeni simpatici, i moti attivi fetali non accompagnati da dolore, percepiti anche colla mano. La gravidanza in complesso non decorse diversa dalle altre, se non per leggeri dolori diffusi all'addome, manifestantisi a lunghi periodi e più specialmente nei movimenti di flessione del tronco.

In principio di Agosto cessarono i moti attivi fetali e contemporaneamente la donna ebbe a notare scolo sanguigno dai genitali (esclude l'espulsione di membrane di qualsiasi natura), dolori simili a quelli del parto, legger movimento febbrile, leggera montata lattea e qualche giorno dopo i moti passivi del feto.

Il 9 Agosto 1895 entra in questo ospizio.

Si tratta di soggetto robusto, ben nutrito, di conformazione scheletrica regolare. L'addome è occupato da un tumore voluminoso, liscio, tondeggiante, indolente, spostabile, che giunge col suo fondo a 3 dita

trasverse sopra il bellico e con leggera preponderanza verso il lato destro. Alla palpazione si trova che tale tumore è manifestamente fluttuante e si riescono a percepire delle piccole parti fetali. Durante le manovre dei ripetuti esami esterni, si percepisce talvolta una modificazione nella tensione delle pareti del tumore.

Coll'ascoltazione non si riscontra nè il battito cardiaco fetale nè alcun altro rumore. Dai capezzoli esce colla spremitura qualche goccia di latte già formato.

Si fa diagnosi di gravidanza uterina a termine con idramnios e morte del feto. La perdita sanguigna ancora esistente alla entrata della donna in Maternità cessa spontaneamente dopo qualche giorno.

Stanca di aspettare un parto che mai si effettuava, non accusando alcun disturbo, la donna dopo diversi giorni ritorna a domicilio. Quivi ha di nuovo scolo sanguigno dai genitali, accusa inappetenza, dimagramento, diminuzione della quantità delle urine, leggero movimento febbrile alla sera, sudori notturni. Rientra in Clinica il giorno 8 di Ottobre. Dimagramento notevole, seno flaccido, cascante, ma con facile e piuttosto abbondante secrezione lattea. Ventre tumefatto come addome di donna a termine di gravidanza: nulla di nuovo per quanto riguarda il tumore addominale: ai lati del tumore stesso l'addome è chiaramente risonante, nessun versamento peritoneale, risonanza lombare sinistra, leggera ipofonesi a destra: sono ancora percepibili colla palpazione le piccole parti fetali. Nessun dolore nè spontaneo nè alla palpazione dell'addome e neppure nei tentativi di spostamento del tumore. Ascoltazione negativa.

Praticando l'esame vaginale si riscontra il collo uterino spostato leggermente verso destra perfettamente chiuso. Si passa allora alla dilatazione graduale del collo mediante cilindri di laminaria e coll'esame accurato degli organi contenuti nello scavo pelvico si riesce a stabilire che l'utero vuoto, di volume pressochè normale (cavità di 8 cm.) è situato in leggera latero versione sinistra ed indipendente affatto dalla cisti fetale. Questa si spinge per breve tratto nello scavo ed attraverso alle pareti di essa, nel fornice anteriore il dito distingue l'estremo cefalico mobile come attraverso al segmento inferiore di un utero ingrossato per gravidanza.

Si propone allora alla donna l'intervento chirurgico, ma essa vi si rifiuta e parte anzi dalla Maternità dove però ritorna il 12 Novembre decisa di sottoporsi a qualsiasi atto operativo.

La donna è in istato di dimagramento notevolissimo, color giallastro della cute, mucose pallide: masse muscolari flaccide, cascanti, movimento febbrile alla sera (38. 6-39) dolori addominali diffusi quasi continui. Il tumore addominale si presenta leggermente aumentato di volume a pareti liscie tese non più fluttuante: la tensione delle pareti cistiche è tale da rendere impossibile la percezione delle piccole parti fetali.

Il tumore è ancora mobile nell'addome, ma la donna accusa dolore nei tentativi di spostamento nè percepisce i moti passivi del feto. Risonanza timpanica ai lati del tumore ed alla regione lombare sinistra: ascoltazione negativa.

Al riscontro vaginale si riconosce che l'utero, il cui collo è completamente rammollito, ma non permeabile al dito, se non per un piccolo tratto del canal cervicale, si è portato all'avanti e si è spostato leggermente verso destra: il dito esploratore non riesce a percepire quelle parti del feto che prima si raggiungevano nettamente.

Il prof. Porro decide di intervenire per la via dell'addome riservandosi di terminare l'atto operativo a seconda delle condizioni e dei rapporti della cisti cogli organi addominali.

Operazione il 16 Novembre 1895. Incisione sulla linea mediana partendo dal bellico fino a 3 cm. al disopra della sinfisi del pube: tale primitiva incisione viene durante l'atto operativo prolungata in alto ed a sinistra del bellico per altri 3-4 cm. Si cade a ridosso della cisti che si sente ovunque saldata al peritoneo parietale, ma dal quale si stacca senza gravi difficoltà e col solo distacco digitale delle aderenze. Si punge la cisti con un trequarti grosso del Potain, ma senza risultato: si incide allora con un bisturì, mentre l'assistente mantiene fortemente adesi i margini della incisione della parete addominale alla cisti. Si dà esito così ad una notevole quantità di liquido di color caffeano, più denso in ultimo, fetentissimo ma non mescolato a gas. Il feto si presenta in situazione trasversa riguardo alla incisione addominale: l'operatore introduce una mano nella apertura della parete cistica, afferra un piede ed estrae il feto incontrando qualche difficoltà, specie nel disimpegno della testa. In tale momento si versa una certa quantità del liquido sopra notato nella cavità del peritoneo, liquido che si toglie mediante piccole spugne. Il feto è in istato di macerazione semplice ma assai avanzata: il cordone è grosso in preda ad imbibizione con poche spirali e ad inserzione velamentosa. La placenta è assai espansa di colorito rosso-bruno ed occupa la porzione posteriore sinistra della cisti fetale in corrispondenza della sacca del Douglas; le pareti della cisti sono di vario spessore, a seconda dei diversi punti, con estese e numerose aderenze col grande omento in alto ed in avanti: in basso ed a destra aderiscono al legamento largo di questo lato e per tutta la sua altezza. L'omento viene, mediante legatura a catena, separato dalla cisti fetale: le aderenze lasse che uniscono la sacca al peritoneo parietale vengono rotte mediante distacco digitale e senza emorragia alcuna. Senza grandi difficoltà la cisti viene pure staccata dal legamento largo di destra, ma per tema di emorragie secondarie, la tromba e l'ovaio di destra, integra la prima, pressochè normale il secondo, vengono tolti mediante doppia allacciatura del legamento largo corrispondente; si distaccano in parte ed in parte si allacciano le numerose ade-

renze che la cisti presenta col mesocolon del colon ascendente, col peritoneo che riveste all'indietro ed a destra lo spazio del Douglas, con qualche ansa del tenue e si leva la cisti in toto. Si allaccia qualche vaso gemente sangue in corrispondenza delle aderenze separate colle dita, si cauterizza con soluzione alcoolica di acido fenico il moncone derivante dalla segmentazione del legamento largo di destra e lo si affonda. Accurata toilette della cavità peritoneale mediante spugne. Riunione in massa della ferita addominale mediante sei punti metallici profondi e diversi superficiali in seta: medicazione dell'addome.

Durante l'atto operativo si praticò qualche iniezione sottocutanea di caffeina causa lo stato di debolezza ed esaurimento della donna. L'atto operativo durò un'ora e mezza circa, escluso il tempo necessario per la narcosi. La donna dopo l'atto operativo è assai depressa: polso filiforme e frequente: iniezioni di caffeina, etere, olio canforato: inalazioni di ossigeno: trazioni ritmiche della lingua. Più tardi si ha qualche conato di vomito che cessa tosto in seguito a 1[2 centigr. di morfina per iniezione ipodermica.

Il giorno successivo la temperatura, che è di 38.4 al mattino, si alza verso le 4 a 39° e scende più tardi a 38.5: in terza giornata si ha 37.4 come *maximum* di temperatura: la donna si sente bene, non accusa alcun disturbo fuorchè leggeri dolori all'addome che è però basso ed indolente alla pressione. Apiressia nei giorni successivi.

In 8.ª giornata si tolgono i punti superficiali e profondi: coalito *per primam:* in 14.ª giornata la donna si alza per qualche ora, ma il giorno successivo accusa un leggero dolore al quadrante inferiore destro dell'addome. Quivi si nota un essudato originatosi forse attorno al peduncolo del legamento largo, essudato che in pochi giorni in seguito a cura adatta scomparve. La donna però fu sempre apiretica: parte guarita il 12 Dicembre 1895.

Il feto che, come si è detto, è in stato di avvanzata macerazione, pesa 3100: lunghezza tra il vertice ed il bellico 27, tra il bellico ed i talloni 26. La cisti presenta notevole spessore delle pareti, specie all'avanti ed a sinistra dove raggiunge il centimetro. La superficie esterna è liscia fuorchè nel punto di inserzione al legamento largo: la cavità ampia è irregolare in basso ed a destra per la sporgenza della focaccia placentare che mostrasi di spessore non uniforme, ma più sviluppata in corrispondenza al punto dove la cisti inserivasi al peritoneo pelvico: si allarga portandosi in alto ed a destra e torna a rigonfiarsi ancora verso il punto che corrispondeva al mesocolon del colon ascendente. Un fatto assai notevole sta nel decorso dei vasi della parete cistica: dato il loro punto principale di origine dal legamento largo, essi si portano in alto ed a destra percorrendo per un certo tratto la parete ed affondandosi poi nel tessuto di essa rinforzati dai vasi derivanti dalle aderenze col mesocolon, col grande omento, e colle anse del tenue.

Data la origine multipla dei vasi che servivano a portare il sangue materno verso la placenta, si capisce come sia stato possibile il distacco completo della cisti e l'ablazione di questa dalla cavità dell'addome. Dalla parete cistica escisi alcuni pezzetti in diversi punti e praticati ripetuti esami istologici: le sezioni furono colorate in parte colla soluzione acquosa sutura di safranina, in parte col picrocarmino ed altre colla ematossilina. Da questi esami si riconosce che la parete è composta in massima parte di tessuto connettivo stipato verso la superficie esterna della cisti, a fibre meno unite, verso la cavità: si riscontrano pure numerosi vasi e qua e là delle fibre assai allungate a decorso ondulato con nucleo assai lungo, isolate oppure unite in fasci. Tali fibre possonsi certo interpretare come fibre muscolari liscie. Di tal parere è pure il dott. Visconti, direttore dell'Istituto anatomo-patologico dell'Ospedale Maggiore, che volle cortesemente e ripetutamente esaminare i miei preparati ed al quale porgo le più sentite grazie. In tutte le numerose sezioni non riscontrai affatto nè tessuto epiteliare di rivestimento nè ghiandolare. Qua e là riscontransi degli ammassi di cellule linfoidi e nell'estremo delle sezioni corrispondenti alla cavità interna della cisti ammassi di tessuto connettivo lasso e di sostanza amorfa. Tanto il feto che la cisti sono conservati nel Museo della Scuola di ostetricia.

Prescindendo dalle difficoltà non comuni dell'atto operativo e del felice esito di esso, tale caso merita certamente di essere notato e studiato sotto diversi punti di vista.

Innanzi tutto sorge spontanea la domanda: di qual varietà di gravidanza ectopica trattasi in tal caso? Confortato dal risultato dell'esame istologico, non esito a rispondere che, dati i rapporti della cisti cogli organi della piccola pelvi, data la integrità della tromba e dell'ovaio di destra asportato solo per tema dell'emorragia secondaria e non per continuità anatomica colla cisti fetale, trattasi in tal caso di una gravidanza addominale primitiva. Nè l'essere stata negata da alcuni autori tale varietà di gravidanza ectopica potrà infirmare il mio asserto che è il risultato semplice dell'osservazione dei pezzi anatomici fatta colla massima accuratezza possibile e senza preconcetto di sorta.

Quanto alla diagnosi di gravidanza ectopica, se non fu difficile quando la donna ricoverò per la seconda volta nell'Ospizio, ad essa certo non si doveva pensare alla sua prima venuta per diverse ragioni. Decorso della gravidanza regolarissimo; aumento del tumore contenente il feto oltre i limiti dell'utero a termine di gravidanza; possibilità di

interpretare il caso come gravidanza uterina a termine con idramnios e morte del feto; spessore notevole della parete cistica che impediva il facile rilievo delle particolarità del feto e più che tutto le leggere ma manifeste contrazioni della cisti fetale. Tali contrazioni ricordano quelle che il Pinard ebbe ad osservare in un caso di gravidanza extrauterina e che con lui trassero in inganno per parecchi mesi il Tarnier e l'Herrgott (*Annales de Gynécologie*, 1892, 2.° semestre, pag. 4). In tale osservazione il Pinard asserisce che la cisti fetale « prend au moment de la contraction la consistance ligneuse. » Ritornata la donna in Maternità due mesi dopo e dopo la manifestazione di uno scolo sanguigno dai genitali, insorse il dubbio e per cerziorare la diagnosi si praticò l'esame della cavità uterina che si riconobbe vuota.

Altro fatto notevole in tale osservazione è il cambiamento di tensione delle pareti cistiche, cambiamento riscontrato quando l'ammalata ritornò in Clinica per sottoporsi all'atto operativo: ne derivava inoltre, come fu già notato, l'impossibilità di riconoscere tanto colla palpazione esterna quanto col riscontro digito vaginale le particolarità del feto. Tale cambiamento da altri già notato in casi di gravidanza ectopica e che dal Landau fu considerato come uno dei sintomi di gravidanza in corno atresico di utero bicorne, mentre escludeva per sè la gravidanza uterina normale nella quale dopo la morte del feto suolsi riscontrare una diminuzione progressiva nella tensione delle pareti uterine, spiegavasi o con un aumento del contenuto liquido della cisti oppure colla formazione di gas nella cavità: ad ogni modo parlava in favore di un intervento radicale facendo temere la crepatura della cisti. Si ricordi inoltre che l'utero fu riscontrato dapprima in latero versione sinistra, mentre poi venne, prima dell'intervento, riconosciuto all'avanti ed un po' verso destra: tale cambiamento di situazione potrebbe forse interpretarsi quale effetto di un moto di rotazione della cisti fetale attorno al peduncolo di inserzione al legamento largo di destra, rotazione che come nei casi di tumore ovarico avrebbe portato un aumento del contenuto della cisti e della tensione delle pareti.

Certo è che se la donna si fosse esaminata per la prima volta in tali condizioni niuno avrebbe potuto far diagnosi sicura di gravidanza extrauterina. Tralascerò di enunciare le ragioni per le quali il prof. Porro credette opportuno di intervenire dalla via dell'addome: esse sono affatto ovvie. Quanto all'aver adottata l'ablazione totale della cisti (Litzmann,

Billroth) piuttosto che la marsupializzazione, lo fece, sia perchè lo spessore delle pareti rendeva più sicura la asportazione completa, sia perchè affidando la guarigione al processo spontaneo di eliminazione, date le condizioni generali della donna, si poteva temere del risultato finale. A nessuno poi sarà sfuggito il fatto del decorso post-operativo tanto regolare, benchè fossesi versato nella cavità del peritoneo parte del liquido contenuto nella cisti: nel nostro caso trattavasi certamente di una semplice decomposizione chimica non bacterica, spiegabile coll'isolamento completo della cisti e collo spessore notevole delle pareti che la difendevano dalla possibile infezione su la via del tubo intestinale.

Pinard nella memoria « Nouveaux documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine » dice: « la grossesse extra-utérine peut présenter dans sa symptomatologie, dans son évolution, des différences assez tranchées pour lui imprimer des physionomies diverses et assez peu connues encore à l'heure actuelle pour rendre dans certains cas le diagnostic sinon impossible du moins extrêmement difficile. L'histoire de ce grand chapître de la pathologie obstétricale est loin d'être achevée et ne pourra s'édifier que par un nombre considérable de faits exposés jusque dans leurs moindres détails. » Le parole del grande ostetrico francese mi eccitarono alla pubblicazione di tal caso, nella speranza di poter con essa portare contributo alla storia della gravidanza ectopica. Nel pubblicarlo sento il dovere di porgere i più vivi ringraziamenti al prof. Porro che dopo aver operata e restituita alla famiglia la povera donna me ne concedeva l'assenso.

Dott. Luigi Negri. — L' ISTEROPESSI S

(Continuazione e f

Gravidanze consecutive a vent

Num. progress.	Autore	Nome, età della donna	Gravidanze antecedenti	Diagnosi	Operazione
1	Saenger.	T.	2.	Retroflessione con metrite cronica, inutile pessario.	16 Dicembre 1887. Isterpessi, fissazione bilatera dell'origine dei legamen rotondi e del foglietto an dei legamenti larghi con t punti di sutura.
2	Idem.	Sch., 28.	1 parto normale.	Retroflessione mobile con *descensus ovarii*.	21 Giugno 1888. Idem.
3	Olshausen. Discuss. Soc. Berlino, Maggio 1892. *Zeitschrift*, Vol. 32.	21.	—	—	Ventrofissazione, proces Olshausen.
4	Howitz e Majer. Copenaghen. *Centralblatt für Gin.*, 1889.	--	3 gravidanze.	Retrodeviaz. con gravidanza iniziata da due settimane.	Processo Köberle con espo tazione d'ambo le ovaia, a nessi e fissaz. del peduncc sinistro alla pareto addor
5	Muenchmeyer Wahl. Soc. Dresda, Ottobre 1894. *C. f. G.*, 95, N. 11.	—	—	—	Processo di Sänger (oper tore Sänger).
6	Jeannel. Lavoro del Léon.	--	—	—	Processo Köberle.
7	Osservazione personale, Clinica Ostetrica di Pavia.	N. N., 34.	2 aborti.	Retroflessione fissa con piccolo tumore ovarico.	6 Aprile 1889. Processo C shausen (operatore profe sore Cuzzi).
8	Goodwin. *The Am. Journal of Obst.*, Vol. XXX, p. 370.	H., 23.	Parto normale a termine. Puerperio patologico.	Retroflessione.	Dopo inutile tentativo isteropessi extrap. (Kelly Autunno 1889 isteropes intraper. (proc. Olshauser

TA DAL PUNTO DI VISTA OSTETRICO

pag. 483).

azioni col metodo indiretto.

Ultima truazione	Decorso della gravidanza	Parto presentazione, posizione operazioni	Feto	Esame successivo della donna
ma gravid. Marzo 1889	Dolori al punto di fissazione, al terzo mese emorragie	Agosto 1889. Parto prematuro al sesto mese di gravidanza.	Dell' età di 3 mesi macerato	Utero antiverso.
Seconda Aprile 90 (?)	Forti dolori sacrali alla fine della gravidanza.	7 Febbraio 1891. Presentazione vertice, inerzia assoluta, rottura precoce membrane, testa non impegnata. Versione sui due piedi ed estrazione. Prima e dopo intervento temperature febbrili. Emorragia dopo il secondamento.	Feto morto	Idem.
ctobre 1888	—	Luglio 1889. Parto a termine normale.	Maschio vivo	22 Febbraio 1890. Utero antiverso mobile, leggiero scostamento dalle pareti con cui sono conservate le aderenze.
ma gravid. mesi dopo l'operaz.	Normale.	Parto normale.	—	3 anni e 2 mesi dopo l' operazione l' utero è ancora in sito normale.
Seconda	Idem.	Idem.	—	
—	Idem.	Parto a termine normale.	—	9 mesi dopo l'operazione l'utero aderente alla parete anteriore dell' addome. Atrofico.
—	Dolori all'addome assai forti nella gravidanza.	All'insorgere del travaglio le sofferenze crebbero sì da obbligare la paziente a ricoverare in Clinica. Parto col forcipe.	—	(Donna già curata per malattie nervose onde non tutto è da attribuire all'operazione).
—	Normale.	Parto a termine normale.	—	—
Prima	-	Aborto nell'Aprile 1890 al terzo mese.	—	Dopo l'aborto recidiva la retroversione, di nuovo riduzione e pessario.
Seconda	Dolori alla regione iliaca di sinistra e al quadrante inf. Qualche disturbo nella minzione.	13 Marzo 1891. Parto a termine normale. Pres. O. I. D. P. Durata del travaglio 8 ore.	Femmina gr. 2450 lungh. 49 cm.	
Terza	—	Febbraio 1894. Parto precipitoso normale (puerperio febbrile).	Piccolo	
Quarta Aprile 1895	—	17 Gennaio 1896. Parto normale, travaglio 6 ore, puerperio febbrile in Clinica.	—	26 Gennaio 1896. Retroversione, non si rilevano aderenze alla parete addominale.
	Dolori e senso stiram. cicatrice. Parete ant. attaccata, distesa la parete post. Collo in alto, indietro a sinistra.	Corretta la presentazione trasversale, 16 Gennaio 1894 rottura membrane. Pres. normale. Dilataz. meccanica del collo.		Insorta ostruz. intest., si fa la laparotomia e si constata la persistenza delle aderenze.

Gravidanze consecutive a ventrofissaz

Num. progress.	Autore	Nome, età della donna	Gravidanze antecedenti	Diagnosi	Operazion
1	N. Flaischlen. *C. f. G.*, 95, 52, *Zetschrift*, 1894.	K., 27.	Matrimonio sterile da 5 anni all' infuori d' un probabile aborto l'anno prima.	Retroflessione fissa, ingrossata tuba sinistra e ovaio sinistro fisso.	27 Novembre 1891. Ver fissazione. Con esport ne annessi sinistra e vate aderenze ovaio de
2	Idem.	B., 33.	Matrimonio sterile da 4 anni.	Retrodeviazione fissa, fisso pure ovaio sin.	3 Novembre 1893. Ver fissazione, distaccate renze utero ed espor ovaio di sinistra.
3	Makenrodt *C f. Gin., Monatschrift.* Ottobre 1895.	—	—	—	Ventrofissazione, lasci in sito materiale di su inassorbibile.
4	Weberstedt. Tesi, Berlino.	—	—	Retroflesione congenita.	Ventrofissazione.
5	Wegner.	25.	2 parti e 5 aborti.	—	Pelvifissazione. Lapar mia e sutura dell'uter periostio della sinfisi.
6	Cuvier. *C. f. G.*, 1893.	—	—	Retroflessione (nulla si ottenne col metodo di Schultze.	Ventrofissazione con es tazione ovaio ammalat

Gravidanze consecutive a va

Num. progress.	Autore	Nome, età della donna	Gravidanze antecedenti	Diagnosi	Operazion
1	Duehrssen. *Arch.*, Vol. 47 e *Berl. Kl. Woch.*, N.13-14, 1896.	Albig, 28.	Un parto al 14 Agosto 1893. Puerperio patologico.	Retroflessione.	29 Novembre 1893. A cate tre suture.

metodi non precisati) **e a pelvifissazione.**

Ultima struazione	Decorso della gravidanza	Parto presentazione, posizione operazioni	Feto	Esame successivo della donna
Luglio 1892	5 Gennaio 93. Si sente la fissazione.	18 Gennaio 1893. Parto normale seguito da eclampsia puerperale.	—	—
—	12 Luglio 94. Gravidanza in corso al sesto mese.	—	—	—
—	—	Parto con esito infausto.	—	—
4 mesi po l'operaz.	—	Aborto.	—	—
—	—	Nel parto la bocca uterina molto in alto e solo l'intera mano può raggiungerla. Presentazione di spalla. Versione cefalica e forcipe.	—	—
—	Normale.	Parto normale.	—	—

azioni col metodo intraperitoneale.

Ultima struazione	Decorso della gravidanza	Parto presentazione, posizione operazioni	Feto	Esame successivo della donna
ima mestruaone 24 Dic. 893.	7 Febbraio 1894. Utero in antiflessione, dolori sacrali, palpitazione, da 8 giorni disturbi vescicali. 12 Agosto 94. Tenesmo vescicale, dolori al basso ventre, fondo all' apofisi ensiforme, testa poco mobile stira in basso cicatrice sensibile. Borsa amniotica all' ingresso del bacino.	Parto a termine. V. lav. dello Strassmann.	—	—

Num. progress.	Autore	Nome, età della donna	Gravidanze antecedenti	Diagnosi	Operazione
2	Strassmann. *Archiv. für Geb. und Gyn.*, 1895.	Krahn, 38.	Una con parto normale al 27 Gennaio 1893. Secondam. manuale. Febbre.	Retroversione. Utero ingrossato. Aderenze a destra e indietro. Mioma sottosieroso grosso come un uovo di pollo in avanti.	9 Ottobre 1893. Fissazi del fondo alla par. va ant. in modo da lasci la base del tumore e cleato fuori del perito Colpoperineorafia He Decorso e guarigione in giorni. I fili escono d vagina e le base del more aderendo alla vag accresce la solidità d aderenze che si fanno fi fibrose. (Operat. Dührss
3	Boselmann. *C. f. Gin.*, 1895, N. 52 (da comunicazione orale).	—	—	—	—
4	Wertheim. *C. f. Gin.*, 1895, N. 2.	—	Un parto antecedente.	—	Utero 5 mesi dopo op zione, inchiodato alla rete vaginale ant.
5	Veit. Citato del Dührssen.	—	—	—	—
6	Duehrssen. *Berl. Kl. Woch.*, Aprile 1896, N. 14.	L., 35.	Due spontanei.	—	Con taglio mediano tras sale e sutura della pli

ULTIMA TRUAZIONE	DECORSO DELLA GRAVIDANZA	PARTO PRESENTAZIONE, POSIZIONE OPERAZIONI	FETO	ESAME SUCCESSIVO DELLA DONNA
embre - Otre 1894.	Curata per gonorrea. Metà Maggio, emorragia.	Presentazione trasversale. Testa all'ingresso del bacino, portio in alto, a destra e indietro. Orificio esterno del collo largo uno scudo. Assai lungo il canale cervicale. Orificio uterino interno rigido si attraversa con un dito. Sensibile la spalla alla bocca dell'utero. 24 Giugno, rottura membrane, introduz. colpeurynter, poi tentativi di respingere presentazione, fasciatura. 25, ore 16, accesso eclampsia, *statu quo*. Ore 21, taglio cesareo, metodo Porro. La decapitazione è impossibile e così pure la craniotomia non arrivandosi sulle parti. Morte.	Morte	Reperto. Plac. inserita nella saccoccia della parete post. Metà destra utero più sviluppata della sin. vaginofissata ridotta quasi a fessura. Segmento inf. abbassato e in avanti aderente alla par. vag. ant. Labbra edematose. Nella vagina tra labbro ant. e parete utero fissata in avanti a destra lacerazione vagina per cui passa un dito ai cui margini è attaccata sostanza muscolare uterina. Ematoma legam. largo e versamento intraperitoneale, grave deformazione dell'utero fissato con torsione.
—	—	Taglio cesareo.	—	—
—	Il punto di fissazione in vagina forma un infossamento imbutiforme: la porzione vaginale del collo risale in alto tantochè in fine della gravidanza è fin sopra il promontorio e non raggiungesi con 2 dita.	12 Ottobre. Dolori, utero esteso in senso trasv. tra le 2 ascellari. Presentaz. spalla C. I. D. Spesso labbro ant., sottilissimo il poster. Utero sporge poco a forma di volta in vagina. Molto evidenti i legamenti rotondi e convergono verso un punto 3-4 dita sotto ombellico (fondo). Parto non procede, nonostante forti dolori, dopo 7 ore collo permeabile a stento a due dita. Distensione enorme parete posteriore. In profonda narcosi, versione Braxton Hix, trazioni continue con un peso sul piede estratto: in 3 ore podice alla vulva, estraz. manuale. Esame manuale dell'utero *post partum*, placenta a destra, un palmo sopra ombellico un ispessimento trasversale (anello contrazione). Puerperio normale.	Vivo, peso 3900 lungh. 54 cm.	Presentata donna alla Società di Vienna. Involuzione avanzata dell'utero, forte antiversione utero e infossamento della parete vag. ant. Nessuna laceraz. della fissazione « utero pur sempre inchiodato in avanti. »
—	Decorso gravid. normale.	Parto a termine normale.	—	—
—	—	29 Novembre 1895. Presentaz. trasversale. Portio a destra e indietro. Par. post. vag., tesa. Volta ant. della vag. alquanto convessa e sporge alquanto sotto le contrazioni. 5 Dic. 1895. Nonostante dolori attivi il collo non si dilatava. La versione esterna sul capo riusciva ma non si fissava. Si fa ciò nella narcosi e portato il collo in asse: rottura membrane: si vuol aspettare prima, poi si decide di far la versione sopra un	Alquanto asfittica, p. 3480, lungh. 51 cm.	18 Dicembre 1895. Esce utero antiflesso.

Num. progress.	Autore	Nome, età della donna	Gravidanze antecedenti	Diagnosi	Operazione
7	Duehrssen. *Berl. Kl. Woch.*, Aprile 1896, N. 13-14.	S., 29.	Una.	--	25 Aprile 1894. Operazion
8	Idem.	—	--	--	—
9	Idem.	—	—	—	—
10	Idem.	—	—	—	—
11	Idem.	—	—	—	—
12	Idem.	—	—	--	—
13	Idem.	—	—	—	—
14	Idem.	—	—	--	--
15	Idem.	—	--	—	—
16	Idem.	—	—	—	—
17	Idem.	—	—	—	—
18	Idem.	--	—	—	—
19	Idem.	—	—	—	—

TIMA RUAZIONE	DECORSO DELLA GRAVIDANZA	PARTO PRESENTAZIONE, POSIZIONE OPERAZIONI	FETO	ESAME SUCCESSIVO DELLA DONNA
		piede. Si constata lacerazione nel 1|3 superiore della parete vagin. ristretta per colporafia. Per procidenza e poi compressione funicolo isterostomatomia ed estrazione. Espressione placenta, sutura ferite con catgut nella vagina e seta al perineo. Puerperio normale, ferite cicatrizzano per *primam*.		
a mestrua- e. 1.ª grav.	—	Aborto al 4.° mese il 18 Febbraio 1895 (donna delicata).	—	—
rile 1895.	Ottobre. Pleurite.	13 Dicembre. Rottura membrane la bocca stentando dilatarsi. Utero di forma normale, arriva un palmo sopra ombelico: 1.ª presentaz. vertice, testa impegnata causa raccolta urina. Collo permeabile a 2 dita, un dito trasversale sotto la linea spinale; la testa è tenuta indietro dal margine dell'orificio uterino interno, teso specie a sinistra e in avanti. Scola sangue e meconio. Triplice isterostomatotomia. Forcipe (app. obliqua). Espressione placenta che è divisa in due da una striscia membranacea, puerperio normale.	Bimba lievem. asfitttica. Bt. 6 1|2. Bp. 7 1|2. Fo. 10 1|2. Mo. 12. Circ. 31 1|2. Cranio come compresso tra due assicelle laterali. Muore la notte del 14 al 15.	3 settimane dopo utero involuto in antiversione, guarite le incisioni. La portio di forma normale.
—	Gravidanza in corso.	—	—	—
—	Idem.	—	—	—
—	Idem.	—	—	—
—	Idem.	—	—	—
—	Idem.	—	—	—
—	Idem.	—	—	—
—	Idem.	—	—	—
—	Idem.	—	—	—
—	—	Aborto (criminale).	—	—
—	—	Parto a termine normale.	—	—
—	—	Idem.	—	—
—	—	Idem.	—	—

Num. progress	Autore	Nome, età della donna	Gravidanze antecedenti	Diagnosi	Operazione
20	Strassmann. V. sopra.	Hoffmann, 25.	4 gravidanze con esito di parto spontaneo.	Retroversione, lungh. 8 cm. 1|2. Aderenze parametritiche poster.	5 Aprile 1894. Proce Dührssen, 3 suture si worm. Raschiamento, cauterizza una cisti del vaio sinistro grosso co una noce e si aggiunge c poperineorafia all' Hegs

Gravidanze consecutive a vaginofissazi

Num. progress.	Autore	Nome, età della donna	Gravidanze antecedenti	Diagnosi	Operazione
1	Debrunner. *Korr. blatt für Schweizer Aerzte*, 1890.	—	—	Retrodeviazione (inutili i pessari).	Vaginofissazione, proc Schüking.
2	Klotz. *C. f. G.*, 1891, N. 4.	—	—	—	Procedimento Schüking
3	Idem.	—	—	—	Idem.
4	Idem.	—	—	—	Idem.
5	Idem.	—	—	—	Idem (modificazione Kl
6	Idem.	—	—	—	Idem.
7	Idem.	—	—	—	Idem.
8	Idem.	—	—	—	Idem.
9	Idem.	—	—	—	Idem.
10	Makenrodt. *Zeitschrift*, 27 Maggio 1892. *C. f. G.*, 93, N. 28. *C. f. G.*, 95, N. 52.	N. N., 25.	Matrimonio sterile da parecchi anni.	Retroflessione che non cede a pessario. Raccorc. parete vag. ant.	23 Dicembre 1891. 1.° cesso Makenrodt (fiss il segmento uterino in l' estremità del suo t longitudinale.

ULTIMA TRUAZIONE	DECORSO DELLA GRAVIDANZA	PARTO PRESENTAZIONE, POSIZIONE OPERAZIONI	FETO	ESAME SUCCESSIVO DELLA DONNA
iugno 1896.	Dolori forti specie al 7.° mese.	30 Marzo 1895. Presentazione trasversale in C. I. D., dorso post., toni puri tra ombelico e sinfisi. Bocca dilatata indietro e in alto. Parete vaginale ant. aderente colla parete anteriore dell'utero foggiata a sacco ivi spalla destra e braccio. Il segmento vaginofissato non è uscito dal bacino. In narcosi versione sul piede sin. colla mano destra. Riesce a stento. Estrazione specie braccio e capo difficile. Emorragia forte dopo il parto: espressione della placenta. Lacerazioae perineale e sutura. Puerperio normale.	Asfittica, viva.	Giugno 1895. Portio avvicinata alla parete sin. Una cicatrice di laceraziono vaginocervicale a sinistra e quelle dell'operazione. Nella parete ant. nel mezzo della cicatrice un punto imbutiforme (forse il punto di rottura della cicatrice di vaginofissazione).

metodi varii transperitoneali.

ULTIMA TRUAZIONE	DECORSO DELLA GRAVIDANZA	PARTO PRESENTAZIONE, POSIZIONE OPERAZIONI	FETO	ESAME SUCCESSIVO DELLA DONNA
—	—	Parto a termine.	—	—
—	—	Idem.	—	—
—	—	Idem.	—	—
—	—	Idem.	—	—
—	Novembre 1890. In corso gravidanza.	—	—	—
—	Idem.	—	—	—
—	Idem.	—	—	—
—	Idem.	—	—	—
—	Idem.	—	—	—
—	Utero in sito.	Parto a termine normale.	—	—

Num. progress.	Autore	Nome, età della donna	Gravidanze antecedenti	Diagnosi	Operazione
11	Makenrodt. *Zeitschrift*, 27 Maggio 1892. *C. f. G.*, 93, N. 28. *C. f. G.*, 95, N. 52.	—	—	—	Procedimento Makenr (apert. del peritoneo i lontaria).
12	Idem.	—	Un parto ed un anno e 1|2 fa aborto.	—	Ottobre 1891. Procedim Makenrodt.
13	Idem. *Berl. Klin. Woch.*, 94, N. 31.	—	—	—	Idem.
14	Idem.	—	—	—	Idem.
15	Idem.	—	—	—	Idem.
16	Idem.	—	—	—	Idem.
17	Idem.	—	—	Retroflessione congenita.	Idem.
18	Idem.	—	—	—	Idem.
19	Idem.	—	—	—	Idem.
20	Idem.	—	—	—	Idem.
21	Duehrssen. *Arch.*, Vol. 24 e Vol. 47.	H., 33.	Tre gravidanze precedenti, di cui l'ultima 3 anni or sono.	Retroversione (utero grosso, facile riposizione, ectropion, cordone cicatriziale del legam. sin.) acquisita dall'ultimo parto.	16 Novembre 1890. 1.° cesso Dührssen senz'a tura, plica. Rasch., putazione portio, opera Lavson-Tait, 2 punti tura parete vaginale, f utero e collo.
22	Idem.	Büttner, 28.	Due parti, l'ultimo aborto 2 anni prima.	Retroversione nel pessario.	1.° processo Dührssen stacco ovaio destro).
23	Idem.	Odea.	31 Ottobre 1891, forte emorr. con emissione pezzi decidua. 3 Nov., tamponam. 10 Nov., raschiamento.	Retrodeviaz. dal 16 Dic. 1890. Curata con pessarii.	12 Novembre 1891. 1.° cesso Dührssen, 4 sut
24	Idem.	Kantowsky, 40	Sedici di cui 10 aborti e 6 a term.	Retrofless. Anello dal Gennaio 1891.	17 Novembre 1891. 1.° cesso Dührssen (con cleazione piccolo mi angolo sin., grosso c nocciola).
25	Idem.	Th., 37.	Cinque parti e tre aborti, l'ultimo, 5 Settembre 1890.	Utero retroflesso ingrossato e facilmente riducibile.	23 Ottobre 1890. Il cor unito al collo con 3 pu dopo che un laccio S king s'è tratto giù il fo

ULTIMA TRUAZIONE	DECORSO DELLA GRAVIDANZA	PARTO PRESENTAZIONE, POSIZIONE OPERAZIONI	FETO	ESAME SUCCESSIVO DELLA DONNA
—	In corso gravidanza, antiflessione forte, la portio spinta in alto verso il promontorio, la vescica poggia sulla parete post. dell' utero, tenesmo vescicale, dolori sacrali.	(Appare improbabile un parto regolare).	—	—
—	Maggio 92. Gravidanza.	Parto a termine. Forcipe.	—	—
—	In corso gravidanza.	—	—	—
—	—	Parto normale. *C. f. G.*, 1893, N. 29.	—	—
—	—	Aborto provocato?. *C. f. G.*, 93, N. 29.	—	—
—	—	Aborto.	—	—
—	Gravidanza in corso al termine.	—	—	—
—	Idem.	—	—	—
—	Idem.	—	—	—
.	Idem.	—	—	—
Giugno 1891.	Decorso gravidanza normale.	23 Marzo 1892. Parto normale.	—	7 Giugno 1892. Utero antiflesso, nessun disturbo, nulla si sente della vagina.
obraio.	1 Giugno 1892. Gravida al 3.° mese.	Dicembre 1892. Parto normale.	Vivo	Retroversione. Mestruazioni ogni 3 settimane, durano 3 giorni.
—	Normale.	9 Novembre 92. Parto spontaneo rapido prima dell' arrivo della levatrice, allattamento e puerperii regolari.	Vivo	25 Ottobre 1893. Utero in antiversione mobile con atrofia da allattamento.
ggio 1892.	Principio Luglio, utero molle, grosso, gravid. in corso al 2.0 mese (antiflessione). 29 Settembre 1892, al 5.° mese senza disturbi.	—	—	—
—	—	Maggio 1891. Aborto per recidive.	—	26 Gennaio 1894. Retroversione riducibile, ma le aderenze coll'ovaio traggono l'utero di nuovo in giù.

Num. progress.	Autore	Nome, età della donna	Gravidanze antecedenti	Diagnosi	Operazione
26	Duehrssen. *Arch.*, Vol. 24 e Vol. 47.	Kurow, 32.	13 Luglio 91, aborto. 27 Agosto 1891, nuovo aborto.	Retroflessione curata con pessari del 7 Maggio 1890.	28 Novembre 1891. 1.° p cesso Dührssen. 7 Dic. antiflessione.
27	Idem.	Fischer, 26.	—	Retroflessione (anche nell'anello di Hoelge).	1.° procedimento Dührss distensione aderenze ov sin. 22 Dicembre, antif sione.
28	Idem.	Bauer.	Quattro parti, ultimo 7 anni prima.	—	16 Gennaio 1892. 1.° cesso Dührssen, levate renze a sinistra e indie
29	Idem.	Rosenberg, 35.	Sei parti.	Retroflessione (da un anno e 1[2, curata con pessario).	18 Gennaio 1892. 1.° cesso Dührssen, 3 p sutura provvisoria.
30	Idem.	Wurst, 26.	1.° parto nel 1882.	Retroflessione fissa (per perimetrite post.) inutile pregresso distacco aderenze e raschiam.	19 Gennaio 1892. Tre ture provvisorie, febb giorni dopo operazione processo Dührssen.
31	Idem.	Lauffs, 39.	Un parto.	Retroflessione. Dall' 11 Febbraio 1890, curata con pessari e lavature calde.	26 Gennaio 92. Operazi 1.0 processo Dührssen
32	Idem.	Merten, 32.	—	—	16 Febbraio 92. Operazi 1.0 processo Dührssen
33	Idem.	Furgeit, 24.	4 gravid. di cui 3 con esito d'aborto tra cui l' ultima Novembre 1891.	Retroversione riducib., utero molle, emorragie.	19 Febbraio 1892. 1.° cesso Dührssen con di co aderenze parametriti
34	Idem.	Hanninger, 21.	Un parto nel Dic. 1890; dal 24 Genn. 1892, emorr. con fuoruscita di pezzi.	Retroversione (fissata a sinistra).	23 Febbraio 1892. Op 1.° processo Dührssen
35	Idem.	Jürgens, 27.	Aborto nel 1886, poi 3 parti normali, ultimo nel 1890.	Retroflessione con aderenze perimetritiche.	28 Aprile 1892. Operazi 1.° processo Dührssen

Nota: Tre delle gravidanze in corso del Dührssen decorsero poi normali con parti normali, una con esito d' a

LTIMA RUAZIONE	DECORSO DELLA GRAVIDANZA	PARTO PRESENTAZIONE, POSIZIONE OPERAZIONI	FETO	ESAME SUCCESSIVO DELLA DONNA
ravidanza.	10 Gennaio 93. Manca mestruaz. da 4 mesi. Utero grosso come testa d'uomo. —	Febbraio. Aborto. 13 Marzo 1894. Parto facile, 2.ª posiz., presentaz. vertice.	—	Dopo aborto utero antiflesso, mobile. Avendo disturbi minzione Posner leva 2 fili incrostati dalla vescica.
	Utero antiflesso, in gravidanza, nessun dolore, solo bruciore in vescica, 4 settimane prima del parto esce un pezzo coll'urina dopo di che cessano dolori. Fine del 93 gravida al 2.° mese, senza disturbi.	29 Gennaio 1893. Parto a termine.	Sana	Le mestruaz. avute 3 volte dopo operazione, 4 mesi dopo il parto ricompaiono benchè allattasse, 3 volte regolari, molto abbondanti.
—	Normale, riferisce dottor Brose.	9 Febbraio 1893. Parto spontaneo facile.	Vivo	Non allatta. Utero grosso in retroflessione riducibile, ovaio sin. mobile. 20 Novembre 1893, dolori scomparsi, al 12 Dicembre, antiversione.
—	10 Maggio 1892. Manca mestruazione, utero antiflesso, grosso, nessun disturbo.	17 Gennaio 1893. Parto normale.	27 Ottobre 1893	Utero grosso, retroverso, allatta 3 sett. Mestruaz. ogni 3 sett. 1|2 della durata di 8 giorni.
—	Utero antiflesso sinistroverso.	13 Genn. 1894. Parto a termine.	—	—
—	23 Agosto 1892. Gravidanza al 2.° mese senz'alcun disturbo.	Novembre 92. Aborto al 5.° mese (raschiamento) per recidiva.	—	13 Novembre 1893. Retroflessione, utero ingrossato, fissato indietro e a destra: non riducibile.
—	Gennaio 1894. Utero antiflesso, nessun disturbo.	14 Giugno 1894. Parto normale.	—	14 Agosto 94. Antiflesso utero fondo appena dietro sinfisi.
e Maggio.	1 Agosto 1892. Senso di stiramento nell'addome. 12 Agosto 92, corpo dell'utero largo in antiflessione. Difficile assai minzione.	Marzo 1893. Parto normale.	Sano	30 Gennaio 1894. Utero piccolo in atrofia da allattamento, mobile, antiflessione (portio nella linea delle due spine).
—	30 Ottobre 93. In corso gravid. al 3.° mese, utero grosso come palla in antiflessione mobile.	—	—	—
	Normale.	14 Marzo 1893. Parto spontaneo.	Muore dopo qualche mese	—
21 Agosto.	8 Novembre 93. Gravidanza in corso al terzo mese, utero in antiflessione mobile.			

Ber. klin. Woch., 1896, N. 14.

Num. progress.	Autore	Nome, età della donna	Gravidanze antecedenti	Diagnosi	Operazione
36	Dueurssen. *Arch*, Vol. 24 e Vol. 47.	Wilhelm, 35.	Sette parti o 2 aborti (raschiam. per aborto).	Retroflessione, utero grosso, nel collo passa un dito.	18 Maggio 1892. Operazio 1.° processo Dührssen.
37	Idem.	Lahs, 22.	Un aborto.	Retroversione fissa, facile riduzione in narcosi, ovaia mobili.	10 Giugno 1892. Operazio Allontanamento fili, 15 gosto (1.° proc. Dührsse
38	Idem.	Walter, 33.	Cinque parti. 27 Novembre 1892, ultimo parto.	Retroversione riducib., ma ritorna in retro . . . per aderenze poster. Ovaia mobili. ectropion e laceraz. bilat.	11 Febbraio 93. Operazio 1.° processo Dührssen. T suture di cromcatgut. O razione di Emmet a sin
39	Idem.	Baronin P., 39.	—	Retroversione, utero ingrossato e duro.	15 Aprile 1893. 1.° proces Dührssen. Previo rasch mento (suture difficili c cromcatgut).
40	Idem.	W.	16 Aprile 1893. Un parto col forcipe, bimbo morto.	12 Giugno 1893. Retroversione, utero grosso.	12 Giugno 1893. Operazi con raschiamento, 4 sut provvisorie, 3 definiti Utero molle, lacerabile. processo Dührssen.
41	Idem.	Pohle, 30.	4 anni fa dopo un anno matrimonio ha partorito.	Retroflessione, utero ingrossato, riduzione dolorosa, sinistro ovaio aderente, destro mobile ma sensibile.	7 Luglio 1893. Operazi con 3 suture di seta. processo Dührssen.
42	Idem.	M.	Pluripara.	Retroversione, utero grosso, duro, riducib., cordone cicatriz. all'indietro, ambo le ovaia mobili, ectropion.	29 Agosto 1893. 1.° pro dimento Dührssen con schiamento. Escisione, tropion a sinistra.
43	Knorre. *C. f. G.*, 1895, N. 51.	M, 34.	Quattro parti.	Retroflessione. Non vuole pessarii.	16 Febbraio 1893. Proce mento Makenrodt. Tre ture attraverso la plica
44	Keller. Soc. Ost. Berlino 24 Maggio 1895.	N. N., 42.	Sei.	Prolasso utero e vagina, bocca uterina 4 cm. in avanti della vulva, facile riposizione.	14 Agosto 1894. Amput portio, 4 punti corpo e rete ant. vagin. Escisi parete vagin. ant., sco mento vescica.

Ultima truazione	Decorso della gravidanza	Parto presentazione, posizione Operazioni	Feto	Esame successivo della donna
	Negli ultimi tempi non può urinare.	14 Agosto 93. Present. trasversale. Rivolgimento (Frauenklinik del Winter).	—	—
11 Nov. 93.	Gravidanza in corso, antiflessione, utero grosso a palla, portio nelle linee delle due spine.			
—	12 Settembre. Gravid. in corso al 2.º mese, antiflessione.	—	—	—
—	—	Aborto di 8 settimane. 27 Gennaio 1894, raschiamento.	—	7 Aprile 94. Utero normale, grosso, duro, mestruazioni forti ogni 4 settim. Endometrite.
	—	Aborto al 3.º mese il 13 Ottobre 1893.	—	—
28 Genn. 94.	26 Marzo 1894. Utero antiflesso grosso come un pugno, gravida senza disturbi.			
tembre 93.	21 Febbraio 1894. Nei primi tempi senso di peso, dolori sacrali, sforzi minzione, la notte (disturbi mancati nell'altra gravidanza). Utero all' altezza dell'ombelico, portio nella linea spinale.	11 Agosto 1894. Parto normale facile per il vertice 8 settimane prima.	—	11 Agosto 1894. Normale antiversione per quanto non allatti.
—	23 Febbraio 94. Vomiti da 2 mesi, stiramento al ventre e bruciore in vagina (mancavano tali disturbi in 1.ª gravidanza in cui dolori sacrali, ora meno forti). Fondo un dito sopra ombelico. Utero molle.	28 Febbrato 94. Parto spontaneo. Durata travaglto 9 ore.	—	11 Agosto 1894. Antiversione con antiflessione.
Nov. 1893.	Normale.	Principio Febbraio, aborto.	—	—
—	8 Maggio. Gravidanza in corso al 3.º mese, utero situato normalmente.	--	—	—
—	Aprile 1895. Retroversione a sin. e *descensus:* nonostante l'amputaz. della parete vagin. del collo, questa è alla vulva: gravidanza al 3.º mese.	8 Maggio 1895. Aborto (recidiva), raschiamento e 22 Maggio morte per sepsi.	—	Alla sezione: utero retroverso, alla par. ant. dell' utero sottili membrane di adesione che scendono dal livello dei legamenti rotondi sulla faccia ant. del collo, sopra il fondo del cul di sacco vescico uterino, sottili si distendono sollevando vescica.

Num. progress.	Autore	Nome, età della donna	Gravidanze antecedenti	Diagnosi	Operazione
45	Kossmann. *C. f. G.*, 1895. N. 52,	—	—	—	Solo fissando sierosa.
46	Idem.	—	—	—	Idem.
47	Idem.	—	—	—	Idem.
48	Winter.	—	—	Retroflessione.	Transperitoneale con sutu di silkworm.
49	Idem.	—	—	Idem.	—
50	Wertheim. *C. f. G.*, 1895, N. 18.	—	—	—	Senz' apertura plica vesci uterina.
51	Idem.	—	—	—	Idem.
52	Graefe. *Monatschrift*, 6, Vol 11.	—	—	—	1.° processo Makenrodt, n aperta plica vescico uteri (portando il segmento terino inferiore ad uni coll'estremo ant. del tagli longitudinale).
53	Toerngren. *Arch. de tocologie*, 1891.	S. K., 32.	Gravidanza normale a 28 anni. Nessuna negli ultimi 4 anni.	7 Giugno 1890. Retroflessione acquisita, ulcerato il collo.	21 Giugno. Metodo Törngre (laccio Schüking modifica to), previo raschiamento.
54	Weberstedt. Thèse Berlin, Luglio 1895.	—	—	—	—
55	Idem.	—	—	—	—
56	Idem.	—	—	—	—
57	Idem.	—	—	—	—
58	Idem.	—	—	—	—
59	Idem.	—	—	—	—
60	Idem.	—	—	—	—
61	Idem.	—	—	—	—
62	Idem.	—	—	—	—
63	Idem.	—	—	—	—

LTIMA TRUAZIONE	DECORSO DELLA GRAVIDANZA	PARTO PRESENTAZIONE, POSIZIONE OPERAZIONI	FETO	ESAME SUCCESSIVO DELLA DONNA
—	Normale.	Parto normale.	—	—
—	Idem.	Idem.	—	—
—	Settimo mese gravid. senza disturbi.	—	—	—
—	Gravidanza in corso.	—	—	—
—	Gravidanza normale.	Parto normale.	—	Utero in antiflessione.
—	—	Aborto al 4.° mese.	—	—
—	—	Parto normale.	—	—
—	—	Taglio cesareo: per la presentazione trasversale s'era prima deciso il rivolgimento, ma poi lo si lasciò perchè rotte membrane, v'erano accessi d'eclampsia. I rapporti anatomici come nei due casi dello Strassmann: la borsa s'inseriva in alto alla parete ant. dell'utero ed il taglio dovette interessare il fondo e la parete posteriore.	—	—
Agosto	12 Novembre. Gravid. in corso al 3.° mese.	—	—	—
	Normale.	Parto normale.	—	—
	Idem.	Idem.	—	—
	Idem.	Idem.	—	—
	Idem.	Idem.	—	—
	Idem.	Idem.	—	—
	Idem. Idem.	Idem. Idem.	—	—
	Idem. Idem.	Idem. Idem.	—	—
	Idem. Idem.	Idem. Idem.	—	—
	Idem. Idem.	Idem. Idem.	—	—
	Idem.	Idem.	—	—

Num. progress.	Autore	Nome, età della donna	Gravidanze antecedenti	Diagnosi	Operazione
64	Weberstedt. Thèse Berlin, Luglio 1895.	—	—	—	—
65	Idem.	—	—	—	—
66	Idem.	—	—	—	—
67	Idem.	—	—	—	—
68	Idem.	—	—	—	—
69	Idem.	—	—	—	—
70	Idem.	—	—	—	—
71	Idem.	—	—	—	—
72	Flaischlen. *C. f. G.*, 1896, N. 10.	—	—	—	—
73	Osservazione personale.	Vaghi M., 28.	Tre parti normali, l'ultimo 4 anni prima.	Retroversione con endometrite.	11 Giugno 1894. Amput del collo. Vaginofissazio lasciante libero il fond punti affondati in num di tre. (La plica vescico u rina s'era lacerata trae in avanti il corpo dell'u ro). Operatore prof. M giagalli.
74	Idem.	Ghizzoni G., 22.	Un parto prematuro al 7.º mese ed aborto il 1 Marzo 1894.	Metrite. Retroversione, lussazione posteriore annessi.	3 Maggio 1894. Proce Makenrodt. Operatore p fessor Acconci.
75	Idem.	Barzanò M., 31.	Sei gravidanze con parto norm., l'ultima abortiva.	Retroversione e retroflessione riducibile.	Processo Makenrodt lasci do libero il fondo. Op tore prof. Mangiagalli.
76	Idem.	Confalonieri P. 27.	—	Prolasso utero vaginale e retroflessione.	6 Maggio 1894. Vaginope colporafia anteriore e poperineorafia.

ULTIMA TRUAZIONE	DECORSO DELLA GRAVIDANZA	PARTO PRESENTAZIONE, POSIZIONE OPERAZIONI	FETO	ESAME SUCCESSIVO DELLA DONNA
	Normale.	Parto normale.	—	—
	Idem.	Idem.	—	—
	—	Aborto.	—	—
	—	Idem.	—	—
	—	Idem.	—	—
	—	Idem.	—	—
	—	Idem.	—	—
	—	Idem.	—	—
cezione 7 si dopo.	Decorso gravidanza normale.	Parto normale.	—	Utero di nuovo retroflesso dopo passato il puerperio
Poco dopo peraz.	—	Parto normale. Presentazione vertice, allattamento per 9 mesi.	—	—
Aprile 96.	Di nuovo gravidanza in corso.			
Tre mesi dopo l'operaz.	Normale.	Parto a termine, durata del travaglio dalle 10 del sabbato alle 14 del giorno dopo.	—	—
	In corso al 3.° mese (Marzo 1896, utero in lieve antiflessione, del volume corrispondente, collo rammollito corticalmente).			
o dopo.	Normale.	Parto a termine.	Vivo sano	—
	—	15 Gennaio 1895 parto normale a termine.	Vivo sano.	
	Gravidanza in corso al 6.° mese normale.			

Gravidanze consecutive a vescicofissazio

Num. progress.	Autore	Nome, età della donna	Gravidanze antecedenti	Diagnosi	Operazione
1	Staude. *Monatschrift*, 1896.	M. P.	—	Retroflessione. Utero grosso, inutile anello di Hodge.	16 Ottobre 1894. Vescicofi sazione. 26 Novembre 189 l' utero comincia a retr vertirsi entro anello.
2	Stratz.	V. d. K., 28.	Sterile.	Retroflessione. Tumore al labbro posteriore.	Metodo Stratz. Esportazio labbro post., trazione del piega del Douglas in bass escisione delle 2 pagine sutura.
3	Landau. *Arch. f. G.*, 1894.	—	—	--	Doppia isteropessi vagina metodo Sänger.

aginofissazione con metodi speciali.

Ultima truazione	Decorso della gravidanza	Parto presentazione, posizione operazioni	Feto	Esame successivo della donna
—	27 Marzo 1895. Gravid. in corso al 2.° mese, senza disturbi (per quanto accenni a recidiva pure permangono aderenze con vescica).	—	—	—
—	Normale.	1891. Parto a termine.	—	Tre mesi dopo utero in antiflessione.
—	Gravidanza in corso al 7.° mese.	—	—	—

Raccolte così ed esaminate singolarmente le varie osservazioni di gravidanze e di parti dopo tali operazioni, veniamo a studiare sulla loro scorta i vari problemi che s' affacciano. Dato uno sguardo all'influenza di tali interventi sulle probabilità maggiori o minori di concezioni successive, studieremo il comportarsi delle aderenze create con quelli, e dell'utero così fissato, nelle gravidanze e nei parti, raffrontando quindi il complesso delle osservazioni raccolte coi risultati che si hanno dopo l' uso dei pessarii o dell'operazione d' Alexander e paragonando tra loro i varii processi operatorii, ne dedurremo le norme su cui regolare le indicazioni degli interventi stessi, la loro tecnica operatoria, il modo d' evitare le complicazioni nelle gravidanze e nei parti e di superarle se già incorse.

***

Innanzi tutto la facilità di concezione è aumentata o diminuita dalla ventrofissazione e dalla vaginofissazione? Il Flaischlen (1) dice che in molti casi la ventrofissazione ha guarito la sterilità che durava da molti anni ed il Veit, abbiamo veduto, non dubitava di consigliare l'operazione per allontanare un'eventuale sterilità. Lo stesso ammette il Dührssen avvenire per la vaginofissazione, mentre invece il Martin riportando una serie di ottanta vaginofissazioni senza un solo parto, dà appoggio all'idea del Makenrodt che con tali operazioni si causi una flessione brusca delle trombe, la quale è causa di sterilità. Io ho raccolto dalle memorie (nei pochi casi dove è indicato) il numero di ventrofissazioni pure, dagli autori operate in donne ancora capaci di concepire, ed ho trovato che sopra 77 operate si ebbero 25 gravidanze (32,46 0[0]). Sopra un totale poi di 318 vaginofissazioni, il Dührssen osservò 44 gravidanze (di cui 17 sopra 148 operate col processo intraperitoneale, il che fa cadere l'obbiezione fatta dallo Strassmann al processo stesso come causa speciale di sterilità); il Makenrodt osservò 12 gravidanze sopra 49 vaginofissazioni in donne ancora capaci (24,48 0[0]). Queste cifre bastano a dimostrarci come non solo vi sia la possibilità d'una concezione dopo

(1) *Centr. f. Gyn.*, 1895, N. 52.

tali interventi, ma ancora come questa evenienza sia abbastanza frequente.

Se noi poi consideriamo come alle retrodeviazioni dell'utero, indipendentemente da altre cause, s'associa sterilità (su 517 donne con retrodeviazioni, ricoverate all'Ospedale di Milano ad alla Clinica di Pavia dal 1889 al 1896, io trovai 35 maritate sterili, in cui non si poteva attribuire ad altre cause la sterilità), è importante il fatto che noi osserviamo pure abbastanza di frequente donne sterili che diventano gravide poco dopo l'operazione. Dalle tabelle risultano 6 casi con sterilità assoluta che cessò, in quattro dopo la ventrofissazione ed in due dopo la vaginofissazione. A questi dobbiamo aggiungere ancora i casi di sterilità acquisita coll'insorgere dello spostamento uterino dopo un parto (evenienza la più frequente). Noi troviamo infatti accennate 12 di queste donne in cui gli ultimi parti rimontavano da due persino ad otto anni prima dell'operazione e divennero dopo questa prontamente gravide, 4 dopo la ventrofissazione e 8 dopo la vaginofissazione. È giusto però ricordare qui come parecchi autori e tra gli altri A. Martin ed ultimamente il Weberstedt, videro sopravvenire, anche coll'uso del semplice pessario, gravidanze in donne dapprima sterili.

Non è da attribuire nei nostri casi la guarigione della sterilità ad una eventuale cura di altre lesioni concomitanti, mancando tali lesioni in gran parte di essi.

Adunque il numero delle gravidanze sopravvenute dopo la ventro e la vaginofissazione ed i casi di gravidanze osservati in donne prima sterili ci permettono di concludere che tali interventi non solo non impediscono la concezione, ma anzi in taluni casi favoriscono il sopravvenire della gravidanza in donne prima sterili.

***

Prima ora di studiare, basandosi sui casi riportati, il modo di comportarsi delle aderenze create con tali operazioni e dell'utero fissato, nella gravidanza, bisogna, ad esempio del Léon, stabilire innanzi tutto, se nei casi stessi esisteva ancora tale fissazione, all'epoca della concezione, perchè in caso diverso non si potrebbe certo parlare di gravidanze in utero fissato. È questa infatti l'obbiezione sollevata dal Gottschalk fin dal 1891 quando domandava se nel caso dell'Olshausen, ope-

rato dal Kaltenbach, non erano alle volte le adesioni già sciolte prima della concezione. Questo quesito si collega con quello delle recidive dopo tali operazioni. Dopo la ventrofissazione il Baudoin, sopra una serie di 257 casi, trovò quasi sempre conservata la fissazione dopo un periodo di tre anni e nei pochi casi in cui questo non avvenne lo si poteva attribuire a difetti di tecnica: così il Bion su 14 casi controllò il permaner delle adesioni dopo lungo tempo in 12 e altri autori, sia con osservazioni anatomiche (Frommel, Pestalozza, ecc.), sia coll'esame delle pazienti, poterono stabilire la persistenza e sovente anche la solidità delle adesioni dopo parecchio tempo. In 28 casi di quelli da noi raccolti troviamo nettamente indicata dagli autori la persistenza delle adesioni constatata all'esame ed in 17 è solo indicato il mantenersi dell' utero in antiversione. Noi dobbiamo escludere un' eventuale recidiva prima della gravidanza anche in tutti gli altri casi riportati, sia per analogia colle osservazioni fatte su tutte le altre operate, sia perchè la persistenza delle adesioni è spesso dimostrata se non dall'esame, almeno dai dolori alla cicatrice e dal senso di stiramento rilevato dalle pazienti, sia infine sarebbe affatto inesplicabile da parte degli autori una mancanza d'accenno ad una simile eventualità. Nei tre tagli cesarei poi riportati noi troviamo menzione di aderenze solide sempre e tali da non potersi separare ottusamente, ma da richiedere il bistouri. — Dopo la vaginofissazione col processo intraperitoneale, il Dührssen ha avuto una sola recidiva (1) sopra 148 operate, un caso solo di recidiva su trenta operate osservò pure il Makenrodt. Non così coi vari processi transperitoneali (2): con questi le recidive furono frequenti. Il Dührssen sopra 207 operate l'osservò in quaranta circa, nel quinto cioè dei casi. Nelle osservazioni da noi raccolte di gravidanza dopo la vaginofissazione solo sei volte è chiaramente indicata la persistenza delle aderenze e 25 volte quella dell'antiflessione al subentrare della gravidanza. In tutti gli altri casi laddove s' usarono i processi transperitoneali noi non possiamo escludere in modo certo la possibilità d' una recidiva anteriore alla gravidanza, per quanto l'aver gli autori accennato solo in tre casi ad un tal fatto possa negli altri farci credere alla persistenza dell'antiflessione.

---

(1) *Berliner Klinische Woch.* 1896, Aprile N. 13-14.

(2) *Zeitschrift*, 1895, XXX. 1213 H.

***

Come si comportano tali aderenze nel decorso della gravidanza e del parto? Il Cuzzi confida nella distensione che l'iperemia gravidica suole apportare nelle aderenze prodotte da processi infiammatorii (Spiegelberg); la stessa idea ha il Löhlein, il quale poi ha potuto constatare come i cordoni delle aderenze così distese partecipino dopo il parto all'involuzione uterina, al pari dei legamenti larghi, degli utero sacrali, ecc. Sänger per provare questo distendimento ricorda i casi di gravidanza dopo il taglio cesareo in cui le forti aderenze create da questo non turbarono la gravidanza stessa. Il Rivière (1) cita il Démelin « che con accurata dissezione trovò come, sotto all'influenza della gravidanza, il tessuto connettivo tra vescica e utero si rammollisce in modo da permettere lo scostamento della vescica dal collo senza lacerazione; » perciò egli crede che le stesse modificazioni si producano nelle aderenze artificiali: a prova di ciò, cita un caso in cui la tensione delle aderenze perimetritiche cessava al sopravvenire delle gravidanze, come pure ricorda il caso dell'Olshausen, in cui non si sentono più aderenze dopo il parto, quello dello Sänger in cui mentre la prima gravidanza è interrotta, la seconda non lo è, quello del Fraipont in cui i dolori vivi della prima gravidanza non furono sentiti nelle altre. Lo stesso distendersi delle adesioni ammette lo Strassmann avvenga dopo la vaginofissazione più facilmente se le aderenze sono siero-sierose (processo transperitoneale), più difficilmente se sono siero-fibrose (processo intraperitoneale). Il Fraipont crede che le aderenze dell'utero fissato vengano lacerate; « nelle sue pazienti la gravidanza è sopravvenuta quando le aderenze erano fresche e poco resistenti, ma anche negli altri casi o sono già distese le aderenze dalla caduta dell'utero in basso e non disturbano la gravidanza o non lo sono ed allora impedendo lo sviluppo vengono lacerate. »

È qui a mio parere il posto dove noi dobbiamo tenere conto dei varii processi operativi essendo le aderenze prodotte, diverse a seconda delle modificazioni introdotte nella tecnica operativa. Queste modifica-

---

(1) *Archives de tocologie*. 1891.

zioni riguardano la qualità e lo spessore dei tessuti abbracciati, il numero delle suture, il materiale impiegato, la temporaneità e la permanenza delle suture stesse, e nella vaginofissazione l'apertura o non della plica vescico uterina. Riguardo alla qualità dei tessuti abbracciati ed allo spessore di essi, alcuni autori e tra questi il prof. Mangiagalli, per aumentare la distensibilità delle aderenze insistono perchè si uniscano puramente le sierose, abbracciando il minor spessore possibile di tessuti (riunendo i due foglietti della plica vescico uterina nella vaginofissazione e la sierosa delle pareti colla sierosa uterina nella ventrofissazione), mentre altri (Léopold, Laroyenne, Sinclair, ecc.) preoccupandosi maggiormente della solidità delle aderenze stesse, vogliono che si abbracci una certa porzione della muscolatura uterina e dei piani muscolo-aponeurotici della parete addominale anteriore nella seconda operazione, e nella prima si comprenda nella sutura da una parte un po' di muscolatura uterina e dall'altra la parete vaginale anteriore stessa colla sierosa anteriore della plica. Riguardo al materiale di sutura evidentemente saranno più tenaci le fissazioni se stabilite colla seta piuttosto che col catgut, e quasi tutti gli autori usano esclusivamente la prima, all'infuori del Dührssen (in alcuni casi operati col processo di vaginofissazione transperitoneale) e del Rivière in un caso di ventrofissazione. Per ciò che concerne il numero delle suture noi abbiamo autori i quali, appunto per diminuire la resistenza delle aderenze, usano un sol punto di sutura (Edebohls) (v. lavoro dello Strassmann), mentre altri ne praticarono un numero grande come il Sinclair ed in qualche raro caso (76.°) il Mangiagalli. Infine riguardo alla permanenza o temporaneità delle suture mentre alcuni affondano queste (Czerny, Terrier, Laroyenne, Pozzi, Mangiagalli) altri levano i punti dopo qualche settimana (Léopold, Dührssen, Makenrodt, ecc.). Se esaminiamo ora i casi da noi riuniti, vedremo come diverse di queste modificazioni vennero dai singoli autori associate in modo che se da una parte le aderenze erano lasse, p. es. perchè la sutura abbracciava solo le due sierose, dall'altra la loro resistenza veniva aumentata col moltiplicar delle suture ed affondando i punti. Ebbene nella serie di quelle che partorirono dopo una ventrofissazione troviamo la scomparsa delle aderenze (sia per soverchia distensione, sia per rottura) nel caso dell'Olshausen, in cui s'era usato il processo estraperitoneale, in tre casi del Fraipont in cui le aderenze erano troppo recenti e deboli, in quello da noi

riportato ed operato dal prof. Cuzzi, in cui s'era suturato con un solo punto al peritoneo parietale il moncone dell'ovaio esportato, e in uno dei casi riportati dal Flaischen, in cui pure s'era usato una sutura sola. Di questi casi però non tutti presentarono recidiva della retrodeviazione, chè anzi questa la si osservò soltanto nel caso del Cuzzi ed in uno del Fraipont, a cui vanno aggiunte le recidive osservate dopo il parto nei casi del Routier dove la fissazione era stata fatta con un solo punto di catgut, in quello (25.°) d'Howitz e Mayer operato col metodo indiretto. La permanenza delle aderenze, per quanto talora distese, la vediamo constatata durante la gravidanza nei casi del Bastianelli, del Miländer, del Frommel, Löhlein, Léopold e Pinard, e 22 volte dopo il parto, tre volte indicata come cordoni sensibili che vanno dall'utero alla parete addominale (partecipanti talora all'involuzione puerperale di quello), 19 volte indicata senz'altri particolari. Nella serie delle vaginofissazioni sono più scarse le indicazioni. Riguardo ai due processi, intraperitoneale e transperitoneale, non è vero che con questo si producano sempre aderenze puramente siero sierose, potendosi avere tessuto cicatriziale, sia pel tramite delle suture sia per eventuali lacerazioni (aderenze fibrose nel caso di Gräfe); col processo intraperitoneale anche introdotte le ultime modificazioni proposte dal Dührssen (apertura della plica, sutura del foglietto anteriore di questa alla vagina, fissazione del doppio strato al fondo, poi sutura in direzione longitudinale del foglietto posteriore della plica sull'utero, fino al punto fissato), mi pare impossibile l'evitare la formazione di aderenze fibrose. In tutti i casi in cui fu usato questo processo l'utero rimase aderente anche dopo la gravidanza, sempre inchiodato in avanti, per usare l'espressione del Wertheim, mentre invece dopo l'uso del processo transperitoneale sono indicati 7 casi in cui s'ebbe scomparsa delle aderenze dopo la gravidanza, ed è probabile ciò sia avvenuto assai più di spesso, se pensiamo che già all'infuori della gravidanza la recidiva avviene nel quinto dei casi.

Sono importanti i casi del Goubarow, Poltovicz, Abel per la ventrofissazione e quelli del Keller, dello Strassmann e del Gräfe dopo la vaginofissazione, in cui l'esame delle aderenze stesse fu fatto *de visu* dopo il decorso d'una gravidanza. Il Goubarow trovò un cordone che dalla cicatrice andava all'utero e che egli dovette tagliare colle forbici, l'Abel trovò le adesioni spesse e ricche di vasi sì da dover essere ta-

gliate previa legatura e così pure il Poltovicz il quale aggiunge d'aver potuto mercè di esse fare il taglio cesareo quasi estraperitonealmente, il che dimostra come le adesioni non erano state molto distese. In tutti i casi la fissazione era stata fatta con i soliti tre punti ai piani muscolo-aponeurotici.

Il Keller in operata di vaginofissazione transperitoneale ed espletato un aborto trovò: l'utero di nuovo retroverso, alla parete anteriore dell'utero sottili membrane d'adesione che scendono dal livello dei legamenti rotondi sulla faccia anteriore del collo, sul fondo del cul di sacco vescico uterino, le quali si distendono sollevando la vescica.

Dopo il processo intraperitoneale in un taglio cesareo, lo Strassmann trovò l'utero tenacemente aderente alla parete vaginale anteriore, ad una lacerazione della quale rimasero attaccati brandelli di muscolatura uterina. Le stesse adesioni tenaci dice il Gräfe aver trovato nel suo caso operato col processo transperitoneale del Makenrodt. Nel parto poi queste aderenze, quando sono mantenute, vengono distese dall'utero che si raddrizza durante le contrazioni e si trova un corrispondente infossamento nella cicatrice addominale o vaginale (casi 4.°, 38.°, 62.°, 69.°, 20.°, 20.° seg.); nulla esclude che appunto in questo momento possa avvenire la rottura delle aderenze stesse.

Concludendo: le aderenze prodotte con queste operazioni o sono lasse e si possono distendere formando quei cordoni che tanto teme il Léon (esagerandone l'importanza per un possibile incarceramento di anse intestinali) o sono tenaci ed allora, subìta una modica distensione mercè un rammollamento da iperemia gravidica, o si rompono o fanno risentire la loro azione sull'utero nel modo che vedremo.

Tanto nel caso di soverchia distensione, che nel caso di rottura delle aderenze, puossi avere, ma non necessariamente, recidiva della deviazione dopo la gravidanza.

***

Siamo giunti ora alla questione più importante, dobbiamo cioè vedere come influiscano queste aderenze sull'utero che si sviluppa nella gravidanza e sul decorso del parto. Qui è necessario esaminare a parte tanto la ventro che la vaginofissazione, venendo più tardi ad un raffronto tra loro.

I casi da me raccolti di gravidanza dopo la ventrofissazione som-

mano a 115 in 97 operate: di tali gravidanze 102 volte è conosciuto l'esito che è 71 volte di parto a termine normale, dieci di aborto, solo in otto casi attribuibile all'operazione (esclusi i casi del Küstner e del Sinclair). Di parti prematuri sono notati 4, due dipendono da cause estranee (casi Fraipont e Bastianelli) onde ne restano soltanto due a carico dell'operazione. Presentazioni anomale ne troviamo cinque, tre volte come presentazione di spalla (alla produzione delle quali ha forse contribuito in qualche caso la concomitanza d' altri fattori, p. es. la pluriparità nel caso del Miländer), una presentazione di vertice con inclinazione parietale ed una presentazione podalica. Cinque volte è indicata emorragia nel secondamento, sempre però facilmente dominabile. Di interventi nel parto ne abbiamo 17, tra cui tre tagli cesarei, sette applicazioni di forcipe, 5 rivolgimenti classici, una versione cefalica ed un'estrazione. Dobbiamo però escludere dal novero il caso da me riferito della Perelli, in cui il forcipe venne applicato per inerzia causata non dall'atto operativo pregresso, ma bensì da quel complesso di circostanze (1) che più rende difficile il parto in primipare attempate e tra cui l'ostetrico che assisteva al parto, diede grande importanza alla rigidità del perineo.

Due volte fu fatto il secondamento alla Credé. Nel complesso poi di 115 gravidanze troviamo 14 volte indicati disturbi nel loro decorso attribuibili all'operazione (dolori, senso di stiramento alla cicatrice, ecc.). Per ciò che concerne i varii metodi adoperati, sarebbe impossibile discutere singolarmente i vari casi a seconda delle molteplici modificazioni introdotte nella tecnica operatoria. Noi divideremo i casi in due grandi classi a seconda che fu applicato il metodo diretto o l'indiretto. Col primo sappiamo che si sutura il fondo (Czerny, Tarnier, Léopold) oppure la parte alta della parete anteriore dell'utero (Laroyenne, Mangiagalli, Sinclair) alla parete anteriore dell' addome: col secondo si suturano alla stessa bilateralmente i legamenti rotondi e la parte vicina dei corni uterini (Sänger, Olshausen) oppure il peduncolo d'una eventuale esportazione unilaterale degli annessi (Köberle, Pozzi). Nelle operate col metodo diretto abbiamo raccolto 97 gravidanze di cui ad esito noto 83, di parto a termine normale 58 volte, 6 aborti attribuibili all'operazione e 2 parti prematuri. S' ebbero poi 14 interventi tra cui

(1) Mangiagalli. *Annali di Ostetricia*, 1881.

tre tagli cesarei. Nelle operate in cui è chiaramente indicato esservi applicato il metodo indiretto (6) abbiamo 10 gravidanze di cui 7 normali ed un aborto. Una volta fu necessaria un'applicazione di forcipe. Riassumendo questi risultati in un piccolo prospetto, vediamo:

Ventro-fissazioni	Operate col metodo diretto	Metodo indiretto	Processi varii	Totale
Totale gravidanze . .	96	13	6	115
Disturbi in gravidanza .	—	—	—	14 (12 %)
Gravid. ad esito noto .	84	13	5	102
Aborti	6 (7 %)	1	1	8 (7 %)
Parti prematuri . . .	1	1	—	2
Parti norm. a termine .	58	10	2	70 (68.62 %)
Presentaz. anomale. .	5	—	—	6
Interventi	14 16 % 3 tagli cesarei 6 applicazioni forcipe 4 rivolgimenti 1 estrazione	2 1 applic. forcipe 1 rivolgimento	1 versione cefalica e forcipe	17 (16.66 %)

Come si vede la cifra delle complicanze nelle gravidanze e nei parti dopo tali interventi è cospicua: ora è dovere del clinico l'indagare a quali circostanze si debbono attribuire. Noi conosciamo il modo di sviluppo del normale utero gravido: « nei primi sei mesi l'aumento in superficie del fondo e delle parti alte del corpo è maggiore di quello del segmento inferiore, mentre negli ultimi tre mesi si avrebbe predominio nello sviluppo del segmento inferiore » (1).

Ora essendo per lo più colla ventrofissazione il fondo stesso che viene attaccato alle pareti, si trova appunto inceppata nello sviluppo quella parte che più risente la distensione dell'utero gravido. Riguardo al modo con cui si comportano le varie pareti in questa distensione: « per la parete anteriore l'ampliarsi della parte superiore sorpassa d'un quinto quello del resto. Al contrario alla faccia anteriore è la parte

(1) Cuzzi. « Trattato d'Ostetricia, » pag. 309.

inferiore che si sviluppa di più. Le faccie laterali si sviluppano anche proporzionalmente assai più della faccia anteriore » (1). Un nuovo fattore modificante l'ordine ed il grado di sviluppo delle diverse pareti, venne posto testè in luce dal Léopold e dalla sua scuola ed è l'inserzione della placenta, la quale provoca l'espandersi maggiore della parete su cui si inserisce: ma noi non possiamo qui tenerne conto. Data la fissazione della parte che più si deve sviluppare, come avviene coi metodi ordinari in cui la sutura abbraccia il fondo, si hanno due possibilità: 1.° le aderenze cedono alla distensione (rompendosi e lasciandosi facilmente allungare) ed allora l'utero cresce indisturbato; 2.° le aderenze resistono ed allora o l'utero si distende a spese dei punti non fissati, oppure per qualche motivo che non si può ben determinare (aumentata eccitabilità dell'utero), questa distensione compensatoria non può avvenire e si ha interruzione della gravidanza. La distensione delle aderenze possiamo ammettere sia avvenuta in tutti quei casi in cui la gravidanza ed il parto decorsero normali affatto e si poterono dopo il parto constatare le adesioni (casi Chaput, Pinard, Löhlein, Léon, Jacobs, Léopold, Routier, Sänger, Napier e Schacht e nei casi della Goodwin (2) e del Pestalozza (3) che constatarono *de visu* la persistenza delle aderenze).

Distensione o rottura (4) delle aderenze stesse deve essere avvenuta in quei casi (circa venticinque) in cui decorsi normali la gravidanza ed il parto, non si poterono constatare le aderenze dopo questo, benchè l'utero si mantenesse in antiversione.

Una distensione compensatoria delle pareti posteriori e laterali dell'utero avvenne laddove le aderenze tenaci, pur fissando fortemente il fondo, permisero alla gravidanza di giungere al termine, causando però (con dolori e senso di stiramento alla cicatrice), delle presentazioni anomale, le quali richiesero poi l'intervento dell'ostetrico (casi Poltowicz, Strassmann, Flaischlen, Olshausen, Gubarow, Sänger, Abel e Miländer). Distesa ed assottigliata specialmente la parete posteriore

---

(1) V. Polasson, citato dal Léon.

(2) Goodwin. *The American Journal of Obstetrics.*, Vol. XXX, 1895, pag. 370.

(3) Pestalozza. Comunicazione per lettera.

(4) Fraipont. « De la grossesse après l'ystéropexie abd. pratiquée pour rétroflexion utérine. » *Arch. de tocol. e gynécol.*, Paris, 1891.

trovarono pel primo il Gottschalk dopo espletato un aborto e poi l'Olshausen ed altri autori (tra cui il Miländer) durante il travaglio. Perchè ciò avvenga bisogna però ammettere un certo quale adattamento delle pareti uterine: se l'utero invece è facilmente irritabile, la resistenza che trova nel suo sviluppo basta per provocare le contrazioni, ed allora si ha l'aborto od il parto prematuro. Di 14 interruzioni della gravidanza noi ne abbiamo attribuite 10 all'operazione, per quanto trattandosi di una cifra così bassa, non si possa escludere l'eventuale influenza di qualcuna delle cause numerose d'aborto, che spesso sfuggono anche all'esame clinico più accurato e che nulla hanno a che fare coll'operazione pregressa. Non è necessario per spiegare l'aborto che avviene talora nei primi tre mesi, ricorrere come fa il Léon all'influenza d'una possibile anomalia di forma della cavità uterina sfavorevole allo sviluppo dell'ovo, basta solo pensare invece all'impedimento che sviluppandosi trova l'utero nelle aderenze. Nel caso del Gottschalk poi fu provato all'evidenza l'influenza della fissazione sul prodursi dell'aborto, riuscendosi ad avere (in donna che aveva abortito due volte dopo la ventrofissazione), un parto a termine e normale dopo la distruzione manuale delle aderenze.

Non pare poi che l'operazione abbia un'azione speciale nello sviluppo del prodotto del concepimento: non possiamo infatti dare importanza alcuna al reperto di feto macerato avutosi nel caso dello Sänger.

Riguardo al comportarsi d'un utero fissato durante il travaglio, noi dobbiamo studiarlo in quei casi in cui non esisteva una presentazione anomala, la quale fosse causa del prolungarsi e del complicarsi del parto. Lo Sänger (1) ha asserito che la ventrofissazione ha un'azione paralizzante sulla muscolatura uterina, questo noi possiamo confermare risultando frequenti i fatti di inerzia se non assoluta almeno tale da prolungare il travaglio, ritardare la dilatazione e causare talvolta l'intervento col forcipe o emorragie nel secondamento (casi Pinard, Bar, Löhlein, Poltowicz, Münchmeyer, Sperling, Strassmann, Sänger, ecc.).

Dopo le vaginofissazioni noi abbiamo raccolte 112 gravidanze in 99 donne, di queste 77 ad esito noto, 49 volte di parto a termine normale, 19 volte d'aborto. Di questi aborti però 7 avvennero indipenden-

---

(1) SAENGER M. « Ueber Schwangerschaft nach konservativer Ventrofixatio uteri retroflexi. » *Centralblatt für Gyn.*, 1891, pag. 308 e pag. 88.

temente dall'operazione (un caso del Makenrodt (1) e 6 del Dührssen (2) avvenuti l'uno perchè provocato, 3 per recidiva e 3 per caduta) onde ne restano solo 12 attribuibili all'operazione. Presentazioni anomale ne osserviamo 6 e tutte trasversali, la cui genesi non trova altra spiegazione all'infuori del pregresso atto operativo; havvi poi un complesso di 9 interventi (3 rivolgimenti, 2 applicazioni di forcipe, 1 Braxton-Hix, 3 tagli cesarei). Nove volte sono indicati notevoli disturbi nella minzione, dolori alla regione sacrale e senso di stiramento in vagina. Riguardo al processo noi distinguemmo le pazienti a seconda che furono operate: 1.° coi diversi processi senz'apertura della plica vescico uterina; 2.° col processo di vaginofissazione intraperitoneale (2.° processo del Dührssen). Dopo il primo o transperitoneale troviamo 88 gravidanze, di cui 43 con esito di parto a termine normale, 12 aborti, 2 presentazioni trasversali e 3 interventi; in 9 casi poi sono indicati disturbi in gravidanza. Col secondo processo (intraperitoneale) abbiamo 26 operate con un complesso di 21 gravidanze di cui 13 ad esito noto, 5 volte di parto a termine normale e 2 d'aborto (il Dührssen attribuisce entrambi gli aborti a cause estranee, l'uno a tentativi criminali, l'altro a caduta). Si hanno poi 4 presentazioni di spalla ed un totale di 6 interventi tra cui 2 tagli cesarei. Riassumendo:

Vagino-fissazioni	Operate col metodo transperitoneale	Metodo intraperitoneale	Processi varii	Totale
Num. complessivo gravidanze	88	21	3	112
Disturbi in gravidanza .	—	—	—	9 (8 %)
Gravid. ad esito noto .	63	13	1	77
Aborti	12	—	—	12 (15.58 %)
Parti norm. a termine .	43	5	1	49 (63.63 %)
Presentaz. anomale. .	2	4	—	6
Interventi	3 { 1 taglio cesareo, 1 applicaz. forcipe, 1 rivolgimento	6 { 2 tagli cesarei, 1 forcipe, 2 rivolgimenti, 1 Braxton Hix		9 (11.68 %)

(1) *Centralblatt f Gyn*, 1893.

(2) *Arch. f. G. und Gyn.*. 1891.

Le cause di tali complicanze sono analoghe a quelle che si hanno dopo la ventrofissazione: se le aderenze non sono lasse sì da distendersi o, se fibrose, non si rompono, esse agiscono favorendo anomalie di forma dell'utero e conseguenti abnormi situazioni del feto oppure interrompendo la gravidanza. Nè è da credere che l'essere qui l'utero situato entro il piccolo bacino, come normalmente, costituisca un vantaggio in confronto della ventrofissazione: che anzi dobbiamo accennare come forse questa situazione forzata può in caso di gravidanza portare danno per la compressione che viene ad esercitarsi sugli organi contenuti nello scavo ed eventualmente sugli ureteri, il che non è forse estraneo al sopravvenire di accessi eclampsici nel caso della Krahn osservato dallo Strasmann ed in quello del Gräfe. Aggiungasi qui il fatto che se la fissazione è appena un po' solida, si ha un'antiversione forzata la quale, oltre all'eventuale inerzia data come nell'isteropessi addominale dalla fissazione, è pure causa del fermarsi d'una saccoccia a spese della parete anteriore dell'utero, saccoccia in cui s'impegna la presentazione, che sporge sotto ogni contrazione, mandando così a vuoto gran parte della forza di contrazione che dovrebbe servire al dilatarsi della bocca dapprima e di poi alla progressione della parte. Già avevano gli autori (1) osservata talora una simile conformazione dell'utero nel travaglio, indipendentemente da qualsiasi pregresso intervento, ma ciò avveniva in casi affatto eccezionali.

Si tratta d'una condizione di cose affatto simile a quello che si osserva nello sviluppo sacciforme dell'utero retroflesso gravido. Dopo la vaginofissazione non si possono poi escludere gli effetti d'una eventuale torsione dell'utero, prodotta durante l'operazione, effetto dannosissimo al decorso del travaglio e che fu certo causa, se non unica, almeno concomitante dell'infausto decorso del caso riferito dallo Strassmann. Riguardo ai due processi transperitoneale e intraperitoneale dobbiamo noi ammettere collo Strassmann che, se la fissazione vaginale è incerta nei risultati quando è fatta senz'apertura della plica peritoneale, allontana però ogni pericolo al sopravvenire della gravidanza? Non in modo assoluto, poichè la percentuale degli aborti è grande anche dopo l'uso di questo processo, nè mancano (caso di Gräfe)

(1) JOULIN. « Traité compl. d'accouchements. » Paris, 1867.

le complicanze nel parto. Infatti se per lo più le aderenze sono siero-sierose, lasse, sì da rendere frequenti e facili le recidive, laddove queste non si hanno, è possibile si siano talora formate per lacerazioni spesso inevitabili, pel tramite delle suture stesse, delle aderenze fibrose che aumentano la solidità della fissazione, ma nello stesso tempo possono (per quanto certamente di rado), causare nelle gravidanze e nei parti successivi inconvenienti simili a quelli che si hanno col processo intraperitoneale (caso di Gräfe). Dopo questo poi, anche coll'uso delle ultime modificazioni proposte dal Dührssen (1), abbiamo già visto come non sia ammissibile che le aderenze siano esclusivamente siero-sierose come egli vuole. Colla maggior tenacia di esse e colla maggiore antiversione così prodotta si spiega quindi il pericolo maggiore di complicanze nel parto che esso presenta, in confronto del processo transperitoneale.

Volendo ora fare un raffronto tra la ventro e la vaginopessi a base di cifre statistiche (per quanto il materiale raccolto sia ancora insufficiente per dare loro un valore assoluto), noi troviamo dopo l'isteropessi addominale il 69 °/₀ di parti normali; dopo la vaginofissazione il 64 °/₀, dopo la prima il 7 °/₀ d'interruzione della gravidanza, dopo la seconda il 15 °/₀. D'interventi abbiamo il 16 °/₀ dopo la ventrofissazione, l'11 °/₀ dopo la vaginofissazione, ma il più grave di essi il taglio cesareo fu eseguito nel 2. 14 °/₀ dei casi nella prima, nel 3. 70 °/₀ nella seconda. Dopo quella non troviamo accenni ad una eventuale azione sui reni rilevata in due casi dopo la vaginofissazione (per compressione sugli ureteri)? Dopo questa sono notati disturbi in gravidanza nell' 8 °/₀ dei casi, dopo l'isteropessi addominale nel 12 °/₀ ma in forma assai più lieve.

La statistica di raffronto è adunque per sè già alquanto sfavorevole alla vaginofissazione (dato il maggior numero di interruzioni della gravidanza e de' disturbi gravi nel corso di essa e del parto): lo diventa assai di più se si esaminano i risultati dell' unico processo che ci rende sicuri contro la recidiva, del processo intraperitoneale: dopo

---

(1) Taglio trarversale nel fornice ant., sutura della plica aperta al margine vaginale e fissazione del fondo al peritoneo della plica con due punti attraverso il fondo ed il doppio strato risultante dall'unione della plica con vagina. Quindi sutura separata in direzione longitudinale del lembo posteriore del peritoneo fino al punto dell'utero fissato e suture separate della vagina.

questo il parto normale avvenne solo cinque volte sopra 13 casi; e s' ebbero sei interventi tra cui due tagli cesarei (15 °|o). Quest' ultima cifra è veramente enorme, per quanto noi ammettiamo col Dührssen si possa abbassare d'assai ben regolando il modo e l'opportunità dell'intervento ostetrico.

***

Abbiamo veduto che si ha interruzione della gravidanza nel 15 °|o dei casi dopo la vaginopessi e nel 7 °|o dei casi dopo l' isteropessi addominale: per avere un' idea giusta del valore di queste cifre dobbiamo confrontarle colla percentuale d' interruzioni della gravidanza che s'osserva nelle deviazioni uterine non sottoposte ad alcuna cura, in quelle curate coi pessari ed in quelle in cui fu eseguito il raccorciamento dei legamenti rotondi (oper. d'Alexander e raccorciamento intraperitoneale). Sopra circa 583 gravidanze in 142 donne affette da retrodeviazioni (ricoverate in parte nella Clinica ostetrica di Pavia ed in parte nell'Ospedale di Milano, sezione prof. Mangiagalli, dal 89 al 95), di cui ho potuto raccogliere la storia, ho trovato una serie di 96 interruzioni della gravidanza, il che darebbe una percentuale solo del 16. 46 °|o, la qual percentuale però deve essere molto innalzata pensando come una grande parte delle retrodeviazioni è d'origine puerperale, onde parecchi dei parti annoverati tra i normali sono anteriori all' insorgere delle deviazioni stesse. Ciò io l' ho potuto accertare per più di 100 di essi, il che fa salire la percentuale al 13. 82 °|o, avvicinandosi di più alle cifre trovate dal Bamberger del 22 °|o e dal Weberstedt del 30 °|o. Per ciò che concerne le gravidanze in operate di raccorciamento dei legamenti rotondi lo Strassmann (1) rileva come il Woerth su 58 casi osservò 19 gravidanze (in 12 donne), di cui 18 normali a termine ed una sola con aborto, Alexander 7 parti a termine ed un solo aborto, Warde 23 gravidanze con esito di parto a termine ed un aborto, Imlach 3 parti a termine (di cui uno con presentazione trasversale).

Da queste poche cifre si può indurre una percentualità d' aborti dopo tale intervento che non arriva al 4 °|o circa. Nelle curate coi

---

(1) Loco citato

pessarii, il Weberstedt (1) considerò 107 gravidanze avvenute in donne che portarono il pessario con costanza non solo prima della gravidanza ma anche nei primi quattro mesi di essa e trovò sopra 107, 68 gravidanze a termine e 19 aborti; il che dà una percentualità abortiva del 12 °/₀. — Riassumendo: l'interruzione della gravidanza osservata nel 20 °/₀ dei casi circa di retrodeviazioni non curate (e secondo alcuni persino nel 30 °/₀), avviene nel 12 °/₀ delle curate coi pessari, quasi nel 15 °/₀ dei casi dopo la vaginofissazione, nel 7 °/₀ dopo la ventrofissazione e finalmente tal percentuale s'abbassa fino al 4 °/₀ dopo il raccorciamento dei legamenti rotondi.

Di possibili complicanze nel parto non è il caso di parlare perciò che concerne la cura coi pessarii: dopo l'operazione dell'Alexander poi e sue modificazioni (raccorciamento intraperitoneale, processi Adams, Polks, Wilie, Ruggi, Casati, ecc.), sono desse affatto eccezionali e forse affatto indipendenti dall'atto operativo pregresso. Il raccorciamento dei legamenti rotondi rappresenterebbe quindi l'ideale degli interventi in donne capaci di gravidanza, lasciando l'utero libero affatto nel suo sviluppo ed in posizione affatto normale; ma argutamente fa osservare il Léon come ben sovente dopo il raccorciamento dei legamenti rotondi bisogna più tardi ricorrere all'isteropessi: tale eventualità trovo infatti accennata in qualche operata d'isteropessi del professor Mangiagalli, in cui s'era antecedentemente fatto il raccorciamento dei legamenti rotondi. Aggiungasi ancora che l'operazione d'Alexander richiede la mancanza di aderenze da parte dell'utero deviato, mentre l'intervento operativo è per lo più richiesto nei casi di deviazioni fisse.

Dalle osservazioni sopra esposte dobbiamo ora dedurre qualche norma che fissi i limiti degli interventi operativi in donne giovani affette da deviazioni uterine, regoli la tecnica dei singoli processi operativi e l'assistenza alle gravidanze ed ai parti che a quelli succedono. Se è vero che la maggior parte delle gravidanze e dei parti decorrono normali affatto, anche dopo tale intervento, pure il numero delle complicazioni osservate (per quanto migliorando la tecnica delle operazioni e dell'assistenza possa essere diminuito), è tale da farci accettare l'operazione, allora soltanto, quando i disturbi causati dalla deviazione

---

(1) « Beobachtungen über die Beziehungen Gynaekologischer Erkrankungen zur Schwangerschaft. » Berlin, 1895.

sono gravi, quando non sarà possibile una cura protetica ed allorquando questa (che può dare secondo le statistiche del Mundé, Löhlein, Sänger e Davenport (1) l'11 % di guarigione definitiva), non basta e non può da solo correggere la deviazione, il che avviene secondo il Sänger nel 20 % dei casi.

Riguardo alla tecnica si deve cercare di fissare l'utero in modo da non esporci a recidiva e nello stesso tempo lasciarlo il più che si può libero di svilupparsi nella gravidanza. Nella ventrofissazione il Laroyenne (2) aveva già stabilito alcune norme tra cui importante quella di abbracciare colle suture non il fondo uterino ma la parete anteriore: tale norma fu addottata nell'Inghilterra dal Sinclair e tra noi il profess. Mangiagalli sempre s'attenne a tale criterio (indipendentemente dagli altri operatori e fin dalle sue prime isteropessi, dal 89). Egli pone le suture nella parte alta della parete anteriore arrivando in alto sino a livello delle trombe, arrestandosi in basso al limite superiore del terzo inferiore. Rimane così fissata quella parte dell'utero che meno di tutte si espande nelle gravidanze.

Dei casi così operati, unendo a quelli citati dal Léon i casi del prof. Mangiagalli, ne troviamo sette con undici gravidanze, di cui, due in corso senza disturbi, otto normali con esito di parto a termine ed un aborto il quale avvenne però durante un forte attacco d'influenza, in donna che dopo l'operazione aveva già avuto un parto a termine. Il Léon ammette che ben spesso, anche in altri casi in cui la gravidanza ed il parto decorsero normali, si sia senza volerlo seguita la norma sopracitata, essendo assai facile che colle suture si sia abbracciata solo la parte alta della parete anteriore e non il fondo uterino (il quale si trova durante l'operazione occupato sovente dalle pinze uncinate che lo traggono in avanti). Nelle operate del prof. Mangiagalli si può addurre, come causa concomitante del felice andamento della gravidanza e del parto, la lassezza delle aderenze, per la maggior parte siero-sierose, ma questo non si può certamente asserire nei casi del Sinclair e del Laroyenne in cui le aderenze stesse sono fibrose e tenacissime.

---

(1) Davenport. « Ultimate results of treat. of backwards displacements of the uterus by Pessary. » *American Journal of Obs.*, Vol. XXX, pag. 96.

(2) *Prov. méd.*, N. 10, 1895.

Nella vaginofissazione è difficile attenersi al postulato sopra emesso di evitare sicuramente, nello stesso tempo che le complicazioni nei parti, anche la possibilità di recidiva. Anche qui, ricordandoci del modo di sviluppo dell'utero gravido, non bisogna colle suture abbracciare il fondo come fa il Dührssen, nè la parete anteriore del segmento inferiore, come il Makenrodt nei suoi primi tentativi, ma bensì noi dobbiamo, come fa il prof. Mangiagalli, anche qui abbracciare colle suture quella parte delle parete anteriore che sta tra l'inserzione delle trombe ed il limite superiore del terzo inferiore. La posizione dell'utero abbiamo visto però restare pur sempre alquanto più sfavorevole che non dopo la ventrofissazione, se la fissazione è appena un po' solida. Perciò il Mangiagalli trattandosi di donne giovani, pratica la vaginofissazione senz'apertura della plica vescico-uterina, nonostante il discreto numero di recidive che essa può dare (nel quinto dei casi). Nei casi da lui operati non ebbe mai ad osservare complicazione alcuna, senza che d'altra parte insorgesse dopo la gravidanza nessun disturbo che accennasse ad eventuale recidiva (1).

Una volta quindi deciso l'atto operativo nei limiti sopraindicati, specialmente in donne giovani, eseguiremo l'isteropessi addominale colle norme sopra esposte, in tutti i casi di retrodeviazione fissa, con aderenze, essendo questa l'operazione che più ci assicura in tali casi contro la recidiva e nello stesso tempo ci offre le minor probabilità di complicazioni in eventuali gravidanze successive. Nelle deviazioni (2) mobili poi, una volta ridotto l'utero, bastando talora una piccola forza coadiuvante l'azione della pressione addominale per mantenerlo in sito, si eseguirà nelle giovani la vaginofissazione transperitoneale. Riguardo al raccorciamento dei legamenti rotondi le sue indicazioni (3) s'avvicinano a quelle da noi ammesse per la vaginofissazione, ma non è qui il luogo di raffrontare i due atti operativi, basti accennare che ciascuno può avere le sue speciali indicazioni.

---

(1) Onde diminuire le possibilità di recidive dopo il parto, bisogna applicare un pessario nei primi giorni del puerperio, svuotare frequentemente la vescica e favorire una buona involuzione dell'utero, col far in modo che la donna allatti essa stessa. V. Dührssen, *Arch. f. Gyn.*, V. 42.

(2) Pestalozza. « Sulla cura operativa della retro-flessione uterina. » *Atti della R. Accademia di Genova*, 1892.

(3) Gelpke « Beitrag zur operativen Behandlung der Lagerveränderungen der Gebärmutter » *Zeitschrift f. G. und Gyn.*, Stuttgart, Vol. XXVI, pag. 335. — Davenport vedi lav. cit.

***

Un ultimo quesito ci resta da trattare ed è il modo con cui l'ostetrico deve comportarsi assistendo una donna così operata sia nella gravidanza che nel parto. Per ciò che concerne la gravidanza, osservandosi ripetute interruzioni di essa dopo l'atto operativo, in donne che prima avevano avuto parti normali, noi potremo, per quanto dubbia sia la riuscita, tentare di distruggere manualmente le aderenze che abbiamo visto essere per lo più l'unica causa d'aborto. Il Gottschalk riuscì così ad avere un parto a termine, senza che l'utero perdesse la buona posizione acquisita. Riguardo ai disturbi notati nel corso della gravidanza, essi non sono per lo più tali da richiedere il nostro intervento, nei casi in cui i dolori dati dello stiramento della cicatrice sono forti, si prescriva il riposo, l'uso degli oppiacei, ricorra poi a questi associati coll'uso di semicupi in caso di minzione frequente e dolorosa, quale si dà spesso in gravidanze dopo vaginofissazione (1).

Giunta poi una donna con utero fissato al termine della gravidanza deve essere posta sotto un'accurata sorveglianza. Iniziato il travaglio, per lo più le cose decorrono normali ed allora l'ostetrico cercherà di ovviare soltanto a quei disturbi non gravi che vedemmo incorrere più facilmente dopo tali atti operativi, quali lieve grado di inerzia, lenta dilatazione, ritardato impegno del capo, emorragia nel secondamento. Con una buona fasciatura eutocica (Pinard) e colle solite norme ci renderemo facilmente padroni del campo.

Sonvi però dei casi, fortunatamente rari, in cui vedemmo che il travaglio si complica seriamente, ed allora l'ostetrico può trovarsi imbarazzato. Le condizioni che per lo più si presentano in tali casi, sono le seguenti: il collo è trattenuto in alto ed all'indietro quasi accollato al promontorio, la bocca uterina non si dilata, sia per una presentazione anomala, sia per l'inerzia causata dalla fissazione, ed il travaglio non progredisce. In tal caso noi dobbiamo distinguere se la presentazione è anormale o se è normale. Nel primo caso data una presentazione

---

(1) In rari casi fu osservato il passaggio dei fili nella cavità vescicale dando luogo a incrostazioni. La cistoscopia ci renderà in tal caso segnalati servigi.

anomala, è d'uopo innanzi tutto salvaguardare l'integrità delle membrane colle note precauzioni e principalmente tenendo la donna a letto subito da principio ed introducendo in vagina un colpeurynter del Braun. Nel tempo stesso si eserciteranno trazioni sul collo, tentando di portarlo nell'asse: a questo scopo ci potremo servire tanto dell'uncinazione digitale che di quella istrumentale. Se raggiungeremo lo scopo, saremo in condizioni d'aumentare l'efficacia della contrazione uterina sul progredire della dilatazione; tardando questa noi potremo facilitarla coi soliti mezzi, sacchetti del Barnes, dilatazione istrumentale, ecc. Non si farà nel frattempo alcun tentativo di versione esterna, ed appena avremo le condizioni permittenti, tenteremo il rivolgimento. Se invece la presentazione è di vertice, cercheremo come sopra di portare il collo in avanti e d'aiutare la dilatazione: ottenuta questa, se la testa è impegnata nello scavo e ritarda la progressione, noi applicheremo il forcipe, se la testa è mobile sullo stretto superiore, faremo il rivolgimento.

Le norme per assistere un parto dopo la vaginofissazione nei casi più complicati ci furono date dal Dührssen: « l'essenziale dei disturbi, egli dice, sta nella mancata dilatazione della bocca uterina, perchè la conformazione anomala dell'utero scompare traendo in avanti il collo: il miglior processo da seguire è questo: narcosi, trazioni in avanti della portio e introduzione d'un colpeurynter da 3 a 500 grammi di contenuto, al laccio di questo s'applica una trazione elastica continua. Uscito poi il colpeurynter, versione, se v'è presentazione anomala, se no s'aspetta. Non è raccomandabile la versione per manovre combinate. »

Sonvi però dei casi straordinariamente rari in cui tale intervento non riesce: si tratta per lo più di operate di vaginofissazione in cui s'è formata quella saccoccia a spese della parete anteriore dell'utero, cui abbiamo accennato sopra, saccoccia in cui s'impegna la parte presentata, che sporge sotto ogni contrazione uterina, l'efficacia della quale va in massima parte dispersa. Sovente, ben dice il Dührssen, tale deformazione scompare traendo il collo dell'utero in avanti, ma talora per quanto si faccia ogni tentativo per portare in asse il collo, non riesce ed il travaglio non progredisce (così Strassmann, Gräfe, Bokelmann). In questi casi rarissimi (certamente evitabili attenendoci alle norme operatorie sopra esposte) piuttosto che ricorrere al taglio

cesareo, potremo noi espletare il parto intervenendo per via vaginale? S'affaccia subito la possibilità d'estrarre il feto per un' incisione sopra la saccoccia cui accennammo or ora: lo Strassmann fa osservare come non si sappia in tal caso su che parte dell' utero arriva il taglio, come si possa cadere sulla placenta, sull'arteria uterina, causando così complicazioni difficili a superarsi. Il Wertheim trova esagerati questi pericoli, potendosi ben dominare l' emorragia colla sutura e coll'aiuto della contrazione uterina stessa: il miglior processo in tali casi disgraziati pare quello dal Dührssen indicato: « si scolla la vescica dall'avanti dell' utero, s' isola così il labbro anteriore poi il posteriore del collo uterino, che poi s' incidono fino all' inserzione peritoneale » così, dice l' autore si evita il pericolo di ledere gli ureteri, pericolo che si ha incidendo il segmento inferiore dell' utero come fanno il Veit ed il Martin (1). Ripeto però si tratta qui di casi rarissimi, che, date le migliorie introdotte nella teorica operatoria delle fissazioni sì vaginali che addominali, si presenteranno sempre più di rado.

***

Abbiamo così dato un rapido sguardo alle varie questioni che riguardano il decorso delle gravidanze e dei parti dopo la ventro e la vaginofissazione. Dallo studio di tali quistioni abbiamo visto risultare: 1.° come i concepimenti anzichè ostacolati sono favoriti dall'atto operativo; 2.° come la maggioranza delle gravidanze e dei parti decorrono normali anche dopo tali interventi; 3.° come la percentuale delle interruzioni della gravidanza e delle complicazioni dei parti può essere assai ridotta, attenendosi a speciali norme operatorie (nessuna interruzione di gravidanza nè complicazione nei parti nella casuistica abbastanza numerosa delle gravidanze da noi osservate in operate dal prof. Mangiagalli); 4.° come le complicazioni nei parti susseguenti a isteropessi addominale e vaginale possono, nella maggioranza dei casi, essere facilmente superate con un pronto ed opportuno intervento.

Queste considerazioni adunque se ci faranno pur sempre restringere il campo delle indicazioni, ci impediranno pure d'arrivare all'esagera-

---

(1) Martin. *Monatschrift f. G. und Gyn.*, II, p. 115.

zione di alcuni che vorrebbero del tutto ripudiare tali interventi in donne giovani (1). *La ventro e la vaginofissazione, laddove sono nettamente indicate (disturbi gravi, inutilità o impossibilità d' una cura protetica), potranno essere eseguite senza timore, anche quando vi sia probabilità di gravidanze successive.*

Questo è il concetto che mi sono formato, specialmente basandomi sulle mie osservazioni di gravidanze e di parti *tutti normali* nelle operate dal prof. Mangiagalli.

A questi che m'indirizzò a questo studio e mi fu guida nel corso di esso, rivolgo qui i più sentiti ringraziamenti.

---

(1) ABEL. *Berliner Klinische Wochenschrift,* N. 13, 1896.

RASSEGNA

A. P. GOUBAROFF. — **Cura chirurgica del prolasso dell'utero e delle pareti vaginali e considerazioni sulle deviazioni uterine.** — *Annales de Gynécologie,* Maggio 1896.

L'influenza che i legamenti dell'utero avrebbero sulla posizione normale del viscere sembra assai problematica all'A., il quale accorda invece la massima importanza alla fascia pelvica e specialmente ai suoi foglietti viscerali. Ricerche anatomiche gli hanno permesso di stabilire che dal cellulare della base del legamento largo cominciano tali foglietti della fascia pelvica e che i legamenti sacro-uterini e pubio-vescico-uterini, quanto alla loro struttura intima sono dipendenze o rinforzi della fascia pelvica, la quale, dopo aver ricoperto la superficie superiore dell'elevatore dell'ano, dà delle inserzioni a livello del collo uterino, che sembrano rinforzate da fibre lisce provenienti dall'utero. Tenendo presente che l'attenzione deve essere rivolta all'aponeurosi che ricopre la parete superiore dell'elevatore dell'ano ed ai foglietti viscerali che si dirigono in avanti ed all'indietro della vagina e dell'utero, l'A. ha impiegato dei processi operativi i quali hanno per scopo di consolidare il pavimento pelvico e di trattenere in posto l'utero che si prolassa o che devia.

Nei casi in cui è indicata la colpoperineorafia, Goubaroff pratica l'incisione perineale alla Tait e si sforza, dissecando il lembo vaginale, di penetrare profondamente fino alla superficie inferiore dell'elevatore dell'ano e dell'aponeurosi che lo ricopre, e poi nelle suture profonde comprende i bordi interni del muscolo e delle sue aponeurosi. Annodando i fili succede che il pavimento pelvico vien sollevato e diventa piatto. Viene associato al caso la colporafia anteriore.

Goubaroff ha provato in un caso di prolasso completo ad introdurre sotto alla parete vaginale anteriore e poi sotto alla posteriore un crine di Firenze il quale faceva il giro della rispettiva parete ed usciva al suo punto d'ingresso. Serrando i nodi constatò che l'utero era salito così in alto che a stento poteva essere raggiunto. Dopo però ricostituì il perineo nel modo sopra indicato, ma s'accorse che le suture aumentavano fortemente la pressione di quella precedentemente applicata sotto la mucosa della parete vaginale posteriore ed invece i fili profondi perineali non tardarono a tagliare i tessuti. Perciò, in vista cioè di questa influenza, rinunciò alle suture perineali e ricorse ad una sutura sotto mucosa della

parete posteriore, facendo però nel terzo medio uscire il filo dalla parete vaginale a comprendere l'elevatore dell'ano. Nel terzo inferiore il filo ritorna nel canale e sotto la mucosa.

L'A. non descrive questo atto operativo ma con due figure schematiche mostra come si debba porre il filo. F. Villa.

FENOMENOFF. — **La sutura delle fistole vescico-vaginali.** — *Vratch,* 1896, 21.

Il procedimento operatorio usato dall'A. differisce dai classici; è una fistolorafia conseguita dallo sdoppiamento del setto vescico-vaginale, nessuna particella di tessuto è sacrificata per la cruentazione, la perdita di sostanza vaginale e la perforazione vaginale sono suturate separatamente e l'affrontamento è fatto senza tensione. Condizione necessaria per la riuscita della operazione è l'accessibilità della fistola, per cui spesso richiedonsi manovre preparatorie. Abbassato l'utero, una incisione trasversale parte a destra ed a sinistra della fistola, più o meno lunga secondo dei casi, più o meno profonda secondo lo spessore delle pareti vaginali, con pinze a denti si piglia il labbro inferiore della incisione e si separa la parete vaginale dalla vescicale in tutta l'estensione della incisione e per una sufficiente profondità allo scopo di rendere mobile la parete vescicale. Lo stesso si pratica dalla parete del labbro superiore, se non che quivi talora riesce più comodo di tagliare nella parete vaginale o due lembi vaginali abbassando una incisione verticale sulla fistola, oppure un lembo quadrangolare, così al davanti della fistola si può condurre una parete intera, ciò che riesce di capitale importanza allorquando essa è sottile, e i suoi bordi suturati mostrino tendenza a cadere in gangrena. Quivi il prolasso vescicale può davvero considerarsi vantaggioso. Così preparati i lembi una sutura perduta al catgut chiude la vescica, annodati i fili e provata la medesima con iniezione endovescicale, viene suturata la vaginale con seta, i cui punti vengono levati dopo otto giorni. Questo procedimento ha dato ottimi risultati all'A. in ben 150 casi. Decio.

Prof. v. LEYDEN. — **Bacillo dello smegma e bacillo della tubercolosi** (Seduta 30 Marzo 1896. Società Medicina interna di Berlino. Redatta dal prof. Litten). — *Deut. Med. Woch.,* 9 Luglio 1896.

Fu inviato al prof. von Leyden dalla provincia un ammalato con diagnosi di tubercolosi renale coll'annotazione che esistevano nel sedimento molti bacilli della tubercolosi. L'esame delle urine persuase il prof. von Leyden che si trattasse di

pielite purulenta in causa di concrezioni, e qui la diagnosi fu confermata dall'operazione. Un'altra ammalata gli fu mandata proveniente dalla Svezia colla diagnosi di tubercolosi della vescica e dietro avviso del prof. Koch, eseguendo ricerche batteriologiche ed esperimenti di controllo sugli animali, si venne alla certezza che non trattavasi di tubercolosi; infatti il decorso successivo confermò la diagnosi.

Questi fatti sono appoggiati dall'esservi un bacillo quasi uguale a quello della tubercolosi, il quale risiede nello smegma. Esso per la forma e per il modo con cui si lascia colorare è di straordinaria somiglianza con quello della tubercolosi (metodo di Goblet). Quanto alla forma lo smegmabacillo è un po' più sottile, un po' più corto e un po' arcuato. I punti differenziali sarebbero i seguenti:

1.° Il bacillo dello smegma colorato coi colori dell'anilina si scolora trattando il preparato per uno o due minuti con alcool acidulato. I bacilli della tubercolosi mantengono la colorazione a pari trattamento.

2.° Il bacillo dello smegma colorato col metodo di Gram perde la colorazione; il bacillo della tubercolosi invece la conserva.

3.° Il bacillo della tubercolosi preparato coi comuni metodi, se vien passato otto o dieci volte traverso la fiamma e vien colorato con soluzione di Ziehl calda, si presenta rotto in serie di piccole perline collegate fra loro, mentre il bacillo dello smegma trattato in questo modo conserva la forma bacillare. Senator propone per la diagnosi differenziale l'inoculazione nella camera anteriore dell'occhio del coniglio e nel peritoneo. Fürbringer invece dice che adoperando la colorazione di Ehrlich con violetto di genziana e facendo seguire lo scoloramento coll'acido nitrico il bacillo dello smegma si scolora mentre quello della tubercolosi non si scolora.

Cioja.

H. LOEHLEIN (Giessen). — **Emorragie delle cisti ovariche.** — *Deut. Med. Woch.*, 16 Luglio 1896.

Sono specialmente considerate in questo lavoro le emorragie prodottesi durante lo stato puerperale nelle cisti ovariche, e quelle prodottesi per improvvisa torsione del peduncolo durante la gravidanza. Un caso diagnosticato in gravidanza ed operato a domicilio con laparotomia ebbe esito letale. La gravidanza era al sesto mese. Il peduncolo aveva due spirali di torsione, e metteva capo ad un tumore grosso come una testa di adulto formato dagli annessi uterini di sinistra. Si trattava di un ematoma della tuba e dell'ovaio con una abbondante emorragia intracistica.

A questo caso se ne aggiunge un altro (nel lavoro citato) dove si ebbe una emorragia intracistica avvenuta poco prima della mestruazione in seguito all'esame ginecologico diagnostico. L'operazione (ovariotomia) decorse assai regolarmente.

Cioja.

M. E. DOUMER. — **Influenza dell'elettricità statica (franklinizzazione) sulla mestruazione.** — *Semaine Méd.*, 18 Marzo 1896.

Sopra 400 donne che furono assoggettate all'azione dell'elettricità statica, 314 ossia il 78.5 % videro anticipare il periodo mestruale di 2 fino a 10 giorni e ciò specialmente durante i primi due mesi della cura. Questo fatto continuò qualche volta anche dopo cessato il trattamento elettrico.

L'aumento della quantità di sangue mestruante perduto fu constatato nel 77 % delle donne curate, e specialmente durante i primi mesi della cura. Di queste donne 178 si lamentavano di dolori più o meno vivi all'inizio della mestruazione; questi dolori nel 73 % dei casi curati coll'elettricità statica scomparvero dopo le prime sedute, e non ritornarono più. CIOJA.

I. FABRICIUS. — **Ueber Cysten an der Tube, am Uterus und dessen Umgebung** *(Sulle cisti della tuba, dell'utero e delle loro vicinanze).* — *Archiv für Gynäkol.*, 1896, III Heft.

Fra le molte neoformazioni cistiche che possono svilupparsi nelle vicinanze dell'utero, l'A. annovera una specie singolare di piccole cisti, ch'egli ebbe più di una volta occasione di trovare sotto la sierosa delle tube. Egli le studiò specialmente sotto il punto di vista istogenetico, e trovò che così queste, come quelle che si sviluppano sotto la sierosa dell'utero e del legamento largo, si originano nel seguente modo:

Sotto l'influenza dell'infiammazione, ove questa agisca in corrispondenza della sierosa, si determina una proliferazione dell'epitelio: questo prolifera spiccatamente sul peritoneo della tuba, dell'utero e del legamento largo in forma di striscie e di placche. Se questa proliferazione è molto accentuata, la superficie rivestita di epitelio si riflette, e da ciò si ha la formazione di piccoli nidi epiteliali, che poi si incontrano sotto il peritoneo nel lasso tessuto cellulare od anche negli strati della muscolare. Possono queste piccole saccoccie trovarsi raggruppate in modo che su d'una sezione trasversale appaiono come ghiandole tubulari. Nel successivo sviluppo poi, avendosi da parte delle pareti loro la produzione di secreti, questi, accumulandosi, dànno luogo a cisti e cistine. Ha luogo in seguito la degenerazione dell'epitelio rivestente la parete cistica e successivamente distacco di esso dalla parete: gli epitelii perdono la loro struttura e si raccolgono in gruppi. Se la degenerazione è completa, si vedono in certe cisti, prive di epitelio, soltanto dei corpicciuoli stratificati, simili a quelli del cancro. Ove trovinsi raccolte molte cisti, può il secreto in esse contenuto determinare, per compressione, la scomparsa dei

tramezzi dividenti le cisti: si scorgono allora in una grande cisti alcuni sepimenti membraniformi, e tra essi una grande quantità dei suddetti corpicciuoli.

L'A. potè nelle sue ricerche seguire queste cisti nei loro stadii di sviluppo ed osservare la diretta loro derivazione da un epitelio cilindrico trovantesi sulla sierosa. Sull'origine di questo epitelio cilindrico si dànno due possibilità. La prima, la meno verosimile, sarebbe quella della diretta trasformazione dell'endotelio della sierosa, sotto l'influenza dell'infiammazione, in un epitelio cilindrico, analogamente a quanto avviene per l'endotelio del pericardio. L'altra ipotesi, più verosimile non foss'altro che per l'analogia con quanto avviene nell'ovaio, sarebbe quella che, sotto l'influenza dell'infiammazione, l'epitelio germinativo si metta a proliferare e si distenda così sulla sierosa. Come avviene per l'ovaio, anche qui l'epitelio si riflette e determina la formazione di cisti.

Zedel avrebbe osservato una specie singolare di cisti tubarica, grossa come una mela, nella quale veniva a sboccare l'estremità addominale di una tuba ammalata. L'A. spiegherebbe anche l'origine di questa per la proliferazione che l'influenza dell'infiammazione indurrebbe nell'epitelio che si trova sulla fimbria ovarica.

TRIDONDANI.

GOTTSCHALK u. IMMERWAHR. — **Ueber die im weiblichen Genitalcanale vorkommenden Bakterien in ihren Beziehung zur Endometritis** *(Intorno ai bacteri esistenti nel canal genitale della donna, nei loro rapporti coll'endometrite). — Archiv für Gynäkologie,* 1896, III Heft.

Se il reperto di microrganismi entro la secrezione vaginale è un fatto, si può dire, fisiologico, poichè se ne trovano sempre così in quella di donne sane, come in quella di donne ammalate, non così è a dire per la secrezione della mucosa uterina. Di tutto il canal genitale muliebre la sola cavità del corpo uterino può, in condizioni normali, essere considerata come priva di germi.

Con numerose ricerche batteriologiche fatte per un periodo di due anni in circa 60 casi di endometrite del corpo ancora esenti da cura, gli autori si proposero di vedere quanta parte di vero vi fosse nell'ardita asserzione di Doléris, che tutte le forme di endometrite sono date da bacterii, ed in quella di Winckel, secondo cui sempre sulla mucosa uterina ammalata si troverebbero bacterii, che molto spesso sono la causa della malattia. Dalle osservazioni, condotte colle precauzioni più scrupolose anche per evitare la miscela delle secrezioni dei diversi tratti del canal genitale, risultò come in 21 dei 60 casi di endometrite studiati, e cioè nel 34 $^1/_2$ p. $^0/_0$, la cavità del corpo uterino fosse priva di germi. Perciò gli autori si associano a Döderlein e Bumm dicendo che in diverse forme di endometrite cor-

porale così cronica iperplastica, come cronica catarrale, non trovansi bacterii, e non sono di origine bacterica.

In un caso di endometrite emorragica, in cui la secrezione all'esame fu dimostrata sterile, e nel quale, a causa delle insistenti emorragie, fu praticato il raschiamento, furono trovate, 22 giorni dopo di questo, parecchie colonie di *diplococcus aureus* e *staphilococcus piogenes albus* ed *aureus:* fatto che dimostra, dicono gli autori, come in un trattamento intrauterino, possono malgrado grandi precauzioni giungere dei germi nella cavità uterina.

Gli stafilococchi piogeni nella secrezione del corpo uterino furono constatati soltanto in 7 casi, quindi solo nell' 11 %. In base all' osservazione di alcuni di questi casi di endometrite con stafilococchi, in cui l'affezione datava da un puerperio febbrile, gli Aa. sono d' avviso che molte delle endometriti post-puerperali debbano ritenersi di origine bacterica. Quanto poi all'affezione gonorroica, ritengono essi che dopo lo stadio acuto della gonorrea la resistenza dell'endometrio ai microrganismi e specie a quelli del pus è assai diminuita, e che questi possono mantenersi in esso vitali più a lungo che in condizioni normali; sicchè l' infiammazione, dichiarata specifica pel gonococco, può, dopo la scomparsa di questo, essere mantenuta a lungo dagli stafilococchi piogeni: di qui il consiglio di evitare il più possibile nelle endometriti gonorroiche acute la penetrazione degli agenti del pus.

Cercarono gli autori di stabilire se la mestruazione determinasse per avventura un aumento od una diminuzione del contenuto bacterico della cavità uterina: trovarono che trattasi sempre di una diminuzione, e spesse volte tale che immediatamente dopo il periodo mestruale la cavità uterina offresi scevra di germi. Nè la endometrite esfogliativa, nè la endometrite emorragica, trovarono che siano date o mantenute da bacteri. Questi incontransi assai più numerosi nelle forme croniche catarrali che nelle forme fungose, sicchè piuttosto a quelle che a queste è da attribuire un'origine bacterica.

Tutte poi le osservazioni fatte non autorizzano in generale a parlare di endometriti specifiche nelle malattie infettive acute. Neppure nell'infezione sifilitica non è dimostrata una endometrite specifica. La natura specifica sarebbe finora soltanto provata per la endometrite gonorroica, la settica e la tubercolare.

TRIDONDANI.

RENDU. — **Cisti dermoide del legamento largo.** — *Annales de Gyn. et Obst.,* Juillet 1896.

La breve comunicazione dell'A. sopra questo caso che non presentò nulla di particolare dal lato clinico ed operatorio, riflette la estrema rarità della sede e la età dell'operata, imperocchè qualunque sia la teoria invocata per ispiegare la for-

mazione di questa cisti (cioè o si ammetta con Verneuil la teoria della inclusione nella vita fetale di una parte del foglietto blastodermico, il quale dà luogo ulteriormente ad unn tumultuaria e disordinata produzione di tessuti, oppure con Lawson-Tait un semplice fatto di partenogenesi), tuttavia questi tumori sviluppandosi e rendendosi apparenti di solito dopo la pubertà, sembrano manifestamente essere in rapporto col lavorio mestruale. Così di solito è circa il 20.° anno che il chirurgo deve intervenire. Spencer Wells ne' suoi 12 casi l'ammalata più vecchia aveva 39 anni. Lawson-Tait ne vide una a 45 anni. La paziente operata dall'A. anche da questo punto di vista si toglie dal comune, contando 42 anni.

Decio.

MARCEL SEE. — **Étude bactériologique de la blennorrhagie chez la femme.** — *Annales de Gyn. et Obst.*, Juillet 1897.

Se la nozione della blenorragia maschile fu sempre chiara e collegata a quella della uretrite, la blenorragia muliebre invece non fu così subito e nettamente precisata. Possedendo la donna svariati scoli vaginali, non tutti si qualificarono venerei, di qui la necessità che la nozione della virulenza e del contagio dovesse figurare nella definizione. Ma siccome d'altra parte alcune donne possono contagiare, senza presentare chiari sintomi di flogosi genitale, così si era arrivati persino alla idea che la blenorragia potesse nascere spontaneamente nell'uomo; al giorno d'oggi la blenorragia è definita dal gonococco. L'A. si prefigge di cercare il valore patogenetico di tale microrganismo nelle manifestazioni primitive della blenorragia nella donna.

Comincia con uno sguardo generale ai microbi che popolano normalmente la vagina e il collo uterino, fra i quali alcuni diplococchi che possono essere causa di errore nell'indagine microscopica, di questi ultimi dà una particolareggiata descrizione.

Studiando la vulvo-vaginite delle bambine passa in rassegna l'antica idea della spontaneità, degli impuri contatti di stupro, sostituita poscia da altre basate sopra la trasmissione per contatto di lingerie, spugne, costituendo un parallelo fra la infezione congiuntivale al momento della nascita e la possibilità di un contagio vaginale. Gli studi di bacteriologia dimostrano che non tutte le vulviti infantili sono blenorragiche, ma quelle che realmente lo sono, lungi dall'escludere la specificità del gonococco non fanno che confermarla.

Venendo più particolarmente a parlare delle manifestazioni primitive della blenorragia muliebre, ricorda come anticamente la si cercasse di preferenza in vagina, e poco si badasse all'uretra. Se non che recentemente Bumm ha potuto dimostrare il canale cervicale e l'utero come sede prediletta del gonococco, special-

mente nelle forme croniche, ove l'uretrite e la vaginite possono essere scomparse. L'uretrite era considerata rara poichè non era cercata all'inizio della blenorragia, non era cercata a dovere, fosse anche perchè contrariamente a quanto accade nell'uomo, essa scompare prestamente come malattia di fenomeni acuti passando rapidamente a cronicità. L'uretra femminile per la sua ricchezza di follicoli può rimanere a lungo come un serbatoio di gonococchi, i quali possono vivervi per parecchi anni.

Non sempre è accertato che la *vulvite* che accompagna la blenorragia sia dovuta al gonococco, ma spesso per esso vediamo insorgere la *bartolinite,* che fu altresì studiata dal punto di vista della eziologia. Ormai tutti ne ammettono la natura blenorragica costante. La vaginite è una delle localizzazioni che dà luogo a controversie. Bumm crede che il pus che esce dal canale cervicale e dall'utero vi porti i gonococchi, i quali provocano una flogosi locale, ma essi non penetrano nella mucosa, per cui la vaginite sarebbe puramente irritativa e non blenorragica, tuttavia sembra che in certi casi speciali l'epitelio della vagina non resista al gonococco, ed allora può essere invaso, benchè sia sempre un cattivo terreno di coltura. Se la metrite blenorragica del collo è la regola, quella del corpo è una vera complicazione che apre la via alle più gravi conseguenze, vale a dire alle affezioni annessiali veramente temibili, per le quali la gonorrea assume un pronostico più triste nella donna che nell'uomo. Il gonococco fu trovato nel pus delle raccolte tubariche con grande frequenza, dalle quali potendo propagarsi ad infiltrare il peritoneo esso puo invadere tutta la regione periuterina compreso l'ovaio. La peritonite blenorragica è abbastanza frequente, può essere acuta e diffusa e spesse volte mortale. In una parola il gonococco fu trovato in tutte le parti dell'apparecchio genitale, la sua situazione generalmente superficiale dimostra ch'esso si trasmette per via sanguigna o linfatica.

La memoria termina con uno sguardo alla blenorragia latente. Passati i sintomi acuti l'affezione può isolarsi in recondite sedi, dalle quali riesce difficile sospettarla, in questi casi che l'indagine batteriologica rende sommi servigi, specialmente nelle visite alle prostitute. DECIO.

HUBERT PETERS. — **Ein Beitrag zur Lehre des coxalgischen Beckens und der Synostose des Ileosacralgelenkes** *(Contributo allo studio del bacino coxalgico e della sinostosi della sinfisi sacro-iliaca). — Archiv für Gynäkol.,* 1896, III Heft.

Dalla descrizione e dall'esame accuratissimo che l'A. fa di un caso singolare, da lui osservato nella Clinica di Braun, di un bacino in cui avevansi associate insieme coxalgia da un lato e sinostosi della sinfisi sacro-iliaca dal lato opposto,

passa a trattare assai diffusamente della patogenesi dei bacini obliqui. Circa la questione controversa se nei bacini obliqui con sinostosi ileo-sacrale sia primitiva la mancanza dell'aletta del sacro, ovvero la sinostosi, egli crede di dover ammettere che probabilmente questi processi vadano accompagnati l'uno accanto all'altro.

In base poi alle proprie vedute ed osservazioni, non solo, ma in base altresì alle vedute di parecchi autori, quali Köster, Wolff, Klein, Nicoladoni ed Albert, viene l'A. alle conclusioni seguenti:

Uno scorrimento dell'ileo sul sacro è, in condizioni normali, per ragioni anatomiche, possibile solo in minimo grado.

Quanto allo spostamento patologico unilaterale, è inverosimile per l'addossamento diretto e perpendicolare delle superfici di unione.

La forte sporgenza della tuberosità dell'ileo si spiega, non altrimenti che le alterazioni della colonna vertebrale scoliotica, per rigonfiamento del midollo osseo. L'idea di ciò venne all'autore dalle osservazioni di Nicoladoni, il quale rilevando l'ufficio importante che il midollo ha come fattore delle alterazioni di forma e di struttura nella scoliosi, dice appunto che questo deve servire anche alla spiegazione di altre deformità scheletriche.

Le sinostosi dell'ileo col sacro offrono, nella stessa guisa che le anchilosi di altre articolazioni, una struttura ossea adattata alle abnormi condizioni statiche, e si vede precisamente applicata per qualcuna di esse, quando esistano da lungo tempo come anchilosi complete, la legge di trasformazione di Wolff.

Lo spostamento dell'ileo all'indietro non è che apparente, perchè non trattasi che di un rigonfiamento del midollo osseo in quella direzione, e non può quindi costituire un criterio per l'origine secondaria della sinostosi ileo-sacrale in rapporto alla primitiva esistenza di un difetto dell'aletta del sacro.

TRIDONDANI.

Corsi liberi durante le vacanze. — Università di Berlino.

Il prof. Hüschberg, Presidente della Società dei liberi docenti della Università di Berlino pubblica nella *Deutsche Med. Wochenschrift,* Luglio 1896, il programma dei corsi liberi che saranno tenuti dal 28 Settembre al 24 Ottobre dal personale insegnante di quella Università. Riferiamo i corsi relativi all'ostetricia ed alla ginecologia nell'intenzione di giovare agli specialisti che intendano, durante le vacanze, recarsi a Berlino.

1. Prof. DÜHRSSEN. — *a)* Corso di diagnosi ginecologica; quotidiano dalle 11 alla una; dalle 10 alle 11 operazioni ginecologiche. — *b)* Esercitazioni di operazioni ginecologiche sul fantoccio Schultze-Winckel, quotidiano, dalle 3 alle 5 pom.

2. Prof. LANDAU. — *a)* Corso di diagnosi ginecologica e operazioni relative qua-

tro volte alla settimana dalle 9 alle 11 (eventualmente anche in altri due giorni). — *b)* Corso di diagnosi ginecologica microscopica fatto insieme al dott. Pick quattro volte alla settimana dalle 3 alle 5. Questi due corsi sono tenuti nella Clinica privata del prof. Landau, Philippstrasse, 21.

3. Prof. A. Martin. — Lezioni di ginecologia, esercitazioni diagnostiche: *a)* operazioni ginecologiche sei volte alla settimana dalle 11 alle 3 pom. Le operazioni si fanno dalle 11 alle 12. — *b)* Esercitazioni di operazioni ginecologiche sul fantoccio Schultze-Winckel eseguite dal dott. Orthmann quattro volte alla settimana.

4. Dott. W. Nagel, libero docente. — *a)* Corso di ostetricia pratica, e assistenze ai parti nella pratica del Policlinico, tutti i giorni dalle 8 alle 9 ant. — *b)* Esercitazioni sul fantoccio Schultze-Winckel per le operazioni ginecologiche dalle 3 alle 5.

5. Prof. C. Ruge e dott. Gebhard, libero docente. — Corso di diagnosi microscopica e lezioni sulle malattie dei genitali femminili cinque volte la settimana.

6. Dott. Strassmann. — Corso pratico di diagnosi ginecologica e massaggio, ogni giorno dalle 11 alla 1. Questo corso viene tenuto nel Policlinico universitario, Luisenstrasse, 51.

7. Prof. Winter. — *a)* Corso di ginecologia pratica tutti i giorni dalle 10 alle 11 e dalla 1 alle 2 $^1/_2$. — *b)* Dott. Gessner: Ostetricia pratica utilizzando il materiale della Clinica ostetrica dell'Università, tutti i giorni dalle 6 alle 7 pom., quattro volte alla settimana dalle 9 alle 10, una volta dalle 5 alle 6.

Gli studiosi che si dànno a ricerche anatomiche o anatomo-patologiche, oppure che praticano operazioni sul cadavere non possono assistere alle operazioni del prof. Martin e del prof. Landau, e così pure dicasi per quanto riguarda il corso ostetrico del dott. Nagel. Essi potranno seguire solo il corso di diagnostica ginecologica o quello delle operazioni sul fantoccio. È indispensabile avere un proprio microscopio.

Cioia.

BIBLIOGRAFIA

A. PINARD e V. WALLICH. — **Traitement de l'infection puerpérale** — Paris, Steinheil éditeur, 1896.

Gli autori si sono proposti con questo libro di esporre al medico pratico le nozioni precise sui mezzi di cui attualmente disponiamo per combattere l'infezione puerperale nelle sue varie forme. E per togliere alla narrazione il carattere dottrinario, essi si sono fondati essenzialmente sui risultati ottenuti alla Maternità di Lariboisière e alla Clinica di Baudelocque. In questi grandi Istituti le statistiche

della mortalità materna per setticemia dal 1883 al 1894 offrono cifre assai interessanti: e gli autori distinguono questo lasso di tempo in tre periodi. Nel primo periodo 1883-1884 la mortalità per setticemia era superiore all'1 per cento; nel secondo periodo dal 1885 al 1893 questa scese al disotto dell'1 per cento; e finalmente nel terzo periodo, cioè nel 1894, questa cifra si ridusse a 0. 18 per cento, avendosi avute 4 morte per setticemia su 2137 parti. Un sì favorevole risultato è da attribuirsi in gran parte alle modificazioni instituite nella terapia delle donne infette, poichè, se è vero che la mortalità è ridotta ad una cifra minima, è vero anche che la morbilità è ancora notevole, avendosi avuto in un anno 123 donne infette e curate come tali.

Lo studio dei metodi terapeutici messi in atto è diviso in tre parti: la prima parte comprende la cura degli accidenti immediati, o della prima settimana; la seconda parte comprende la cura degli accidenti che scoppiano in un periodo più avanzato del puerperio, e finalmente la terza parte contiene le osservazioni cliniche alle quali gli Aa. si riferiscono. Di particolare interesse è appunto la prima parte di questo studio. Premesse alcune idee sulla influenza attenuante che l'antisepsi esercita sulle forme di infezione puerperale, vengono passati in rapida rivista le condizioni che favoriscono l'infezione, come l'assenza di cure prima del parto, la rottura precoce delle membrane, le emorragie, i travagli laboriosi, e quindi viene delineato il quadro clinico dei primi sintomi della malattia. In un capitolo riassuntivo viene tratteggiata l'anatomia patologica dell'infezione puerperale, illustrando la narrazione con figure originali e colle classiche di Bumm e di Widal e tenendo conto delle varietà di forme infettive rispetto all'agente patogeno, essendo noto che non solo lo streptococco piogeno e lo stafilococco, ma altresì il *bacterium coli* ed il *vibrione settico* vennero riscontrati nella febbre puerperale.

L'irrigazione intrauterina viene distinta in due forme, l'iniezione intrauterina, e l'irrigazione intrauterina continua. L'iniezione intrauterina può essere usata come mezzo profilattico o come mezzo curativo, ma deve sempre essere eseguita con giusta tecnica, allo scopo di evitare gli accidenti, che in qualche caso vennero osservati. L'irrigazione continua viene eseguita con un apparecchio assai semplice ed usando o soluzioni disinfettanti assai deboli, od anche semplicemente acqua bollita. Questa irrigazione continua può costituire da sola il metodo curativo o può essere associata al raschiamento. Del raschiamento sono chiaramente designate le indicazioni, la tecnica, e le cure successive, anche nei casi di donne operate di sinfisiotomia. Nel trattamento medico della infezione puerperale è presa in singolare considerazione la sieroterapia; e dopo una severa disamina dello stato attuale di questa questione, tuttora in via di esperimento, pur lasciando in disparte le infezioni non dipendenti dallo streptococco, contro il quale solo lo siero antistreptococcico è efficace, gli Aa. concludono che in presenza di una infezione puerperale se non devesi trascurare questo mezzo terapeutico, si ha però il dovere di ricorrere anche al trattamento intrauterino la cui efficacia è stabilita. Compiuto l'esame analitico dei vari mezzi curativi, viene delineato il metodo generale terapeutico, distinguendolo in profilattico e curativo. Il trattamento profilattico comprende l'iniezione vaginale, l'iniezione intrauterina, l'irrigazione continua; il trattamento curativo comprende l'iniezione intrauterina, il raschiamento, l'irrigazione continua e finalmente la sieroterapia: le indicazioni di questi interventi sono riassunti in un quadro sinottico.

Non meno interessante per il medico pratico è la seconda parte, dove sono

studiati dal punto di vista anatomo-patologico, clinico e terapeutico gli accidenti infettivi tardivi delle infezioni puerperali. Nella cura delle suppurazioni pelviche Pinard e Wallich insistono sul metodo aspettante, preferibile all'intervento chirurgico praticato nel periodo puerperale. Se cessato il periodo puerperale, due o tre mesi dopo il parto persistono l'infiltrazione e la fluttuazione periuterina e non tendono a scomparire, l'intervento chirurgico sarà autorizzato, scegliendo quella via che le particolarità del caso saranno per indicare. Esposte con minuti particolari l'eziologia, il decorso e la cura della *flegmasia alba dolens*, gli autori riuniscono nella terza parte le storie cliniche dei casi sui quali essenzialmente poggia il lavoro, nel quale appunto gli autori vollero esporre la terapia delle infezioni puerperali basata sulla personale esperienza. RESINELLI.

GEORG WINTER — **Lehrbuch der Gynäkologischen Diagnostik,** unter Mitarbeitung von CARL RUGE. — Hirzel, Leipzig, 1896.

In questo libro di diagnostica ginecologica il Winter, sull'esempio dei noti manuali di semeiotica medica e chirurgica, ha raccolto ed ordinato tutti i metodi d'esame che oggidì possediamo per la diagnosi delle malattie dei genitali muliebri e della gravidanza. Il trattato è diviso in tre parti: la diagnostica generale; la diagnostica speciale; la diagnostica analitica. Passati in rassegna i metodi della diagnostica generale, come l'esame esterno, l'esame interno, l'esame combinato, l'esame rettale, cogli aiuti prestati dal sondaggio uterino, dagli *speculum*, dalla dilatazione e dalla esplorazione diretta della cavità uterina e dal microscopio, il Winter nella diagnostica speciale espone in tutti i loro dettagli i metodi particolari ed i reperti nelle varie affezioni, facendo precedere le nozioni necessarie per riconoscere lo stato normale dei genitali, durante la gravidanza e fuori di essa. In questa parte numerose figure originali inserite nel testo ed una ricca raccolta di venti tavole con disegni di sezioni microscopiche, rendono facile e pronta la intelligenza della esposizione e costituiscono un ottimo aiuto per la diagnosi anatomica degli stati normali e morbosi dei genitali femminili. È appunto in questa parte che la collaborazione di Carlo Ruge aggiunge pregio all'opera, arricchendola di tutte le nozioni tecniche e scientifiche che i più recenti studi vi hanno apportato. Esposta con particolare predilezione la diagnosi della gravidanza extrauterina, vengono con minutezza di particolari trattate le questioni diagnostiche riflettenti gli spostamenti dell'utero, i fibromiomi uterini, i tumori ovarici. Nel capitolo che riguarda la diagnosi delle affezioni maligne dell'utero l'esame microscopico è trattato con grande diffusione e con ricchezza di figure istologiche che riusciranno certamente di grande vantaggio al clinico per la esatta conoscenza delle neoplasie maligne e per riconoscerle dalle varie forme di endometrite, delle quali pure è trattato con diffusione.

Le affezioni degli annessi uterini e le alterazioni di prima formazione dei genitali interni sono pure trattate egregiamente. La semeiotica delle malattie dell'apparato urinario è svolta con notevole diffusione, esponendo i metodi recentemente introdotti per l'esame diretto della vescica, e delle affezioni dei reni e degli ureteri.

La terza parte, o diagnosi analitica, tratta delle cause dell'emorragia, delle

cause dell'amenorrea, delle cause della dismenorrea e delle cause della sterilità, condizioni morbose tutte che costituiscono le manifestazioni più spiccate delle affezioni ginecologiche. La diagnosi analitica dei tumori addominali occupa il capitolo che chiude questo manuale assai utile al clinico per la ricchezza di notizie, per l'ordine e la chiarezza di esposizione. RESINELLI.

COMUNICATO

OSPIZIO PROVINCIALE DEGLI ESPOSTI E DELLE PARTORIENTI IN MILANO.

Alle Signore Levatrici della Provincia di Milano.

Troppo frequentemente accade che a questo Ospizio vengano presentati dei bambini, i quali sia per prematuranza, sia per stati morbosi congeniti od acquisiti, trovansi in condizioni di vita così precarie da doverli giudicare *agonizzanti* e da renderne inevitabile la morte dopo poche ore e qualche volta dopo pochi minuti di ricovero, non senza la più fondata presunzione che a tale esito abbia in gran parte contribuito la influenza nociva degli agenti esterni, cui tanto intempestivamente essi vengono esposti nel tragitto dal luogo di nascita al Brefotrofio.

La tolleranza ulteriore di fatti così gravi, incriminabili anche a norma di legge, si risolverebbe in una vera e propria complicità da parte del sottoscritto con gli autori di una sì flagrante offesa ai più elementari principî di umanità a danno di quelle povere creature, la cui sorte a lui incombe specialmente di tutelare; epperò, mentre si fa un debito di richiamare su questo argomento l'attenzione delle signore Levatrici, affinchè evitino, per quanto sta in loro, la ripetizione di casi consimili, le rende altresì avvisate, che di qui in avanti sarà spiccata regolare denuncia al signor Procuratore del Re contro le persone che per conto proprio o per mandato avranno presentato all'Ospizio un bambino nelle condizioni sopra cennate.

Il Direttore: Dott. GRASSI.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XVIII. Settembre 1896. Num. 9.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
16 OCT 96
LIBRARY

Sul trattamento dell'eclampsia.

RELAZIONE

DEL PROF. L. MANGIAGALLI

AL 2.° CONGRESSO INTERNAZIONALE DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

(Ginevra — Settembre 1896)

Signori,

Comitato ordinatore di questo Congresso, mettendo in discussione la questione del trattamento dell'eclampsia, di questa *janua mortis*, come venne chiamata da antichi scrittori di cose ostetriche, ha richiamato la vostra attenzione sopra uno degli argomenti i più controversi e riguardo al quale regna ancora fra gli ostetrici quello stesso profondo dissidio che li divideva nel secolo passato e nella prima metà di questo secolo.

In questa seconda metà di secolo, di nuovo, nel trattamento della eclampsia non abbiamo che gli anestesici e le iniezioni ipodermiche ed endovenose di soluzione fisiologica di cloruro di sodio, poichè sull'uso del salasso, dei drastici, dei diaforetici, degli oppiati e sulla opportunità dell'intervento ostetrico abbiamo ora quelle stesse discussioni che animavano gli ostetrici di cinquant'anni or sono. Eppure a me sembra opportuno che questa discussione la si ripeta ora, in questo solenne Congresso a cui partecipano ostetrici insigni di tutto il mondo, non solo perchè qualche sprazzo di luce sembra rischiarare meglio la genesi di questa malattia, non solo perchè alcuni dei mezzi curativi indicati possono essere studiati e applicati alla stregua di nuovi criterii, ma perchè almeno alcuni lati del vasto e complesso problema è probabile trovino una soluzione soddisfacente per il grande cumulo di fatti raccolti colle stesse norme direttive. Nè vale il dire che non è possibile discutere di terapia, se prima non è conosciuta la causa della malattia

che si vuol curare. La clinica ci offre non pochi esempi di malattie che si curano coi migliori risultati, quantunque sia ignota la loro natura, e per contrario esempi di malattie la cui terapia è sintomatica, quantunque sieno esattamente conosciuti i loro fattori genetici. D'altra parte lo studio obbiettivo dei risultati terapeutici per sè, e quali sono rilevati da una osservazione imparziale, indipendentemente da ogni preconcezione teoretica, può condurci a conclusioni che abbiano la sanzione della pratica, quand' anche non ci siano svelate ancora le cause e l' intima essenza della malattia.

Se noi percorriamo la letteratura ostetrica italiana antica e quella relativamente poco recente, vediamo come essa rispecchi le idee dominanti sulla genesi dell' eclampsia, ma nello stesso tempo osserviamo come essa non se ne lasci guidare di tanto che l'osservazione clinica sia soprafatta e ne sorgano sistemi terapeutici assoluti ed unilaterali. Così tanto l'aspettativa quando il precoce e forzato intervento dell'arte trovano pochi fautori, ma nè l' una nè l' altro sono banditi, mentre il principio della opportunità di svuotare l'utero, non appena sia possibile farlo senza violenza, ma piuttosto presto che tardi, riceve la quasi universale adesione. E nel campo della cura medica, mentre il salasso è accettato dai più e non perde mai intieramente il suo posto e i drastici sono universalmente impiegati, gli oppiati, vantati da Asdrubali al principio, aspramente combattuti da Pastorello verso la metà di questo secolo, la morfina e l'atropina usati per esempio più di cinque lustri or sono da Casati, da Bignami, da Tibone, provocano maggiore discussione, ricevono meno larga applicazione, mentre con maggiori entusiasmi si accolgono più tardi il cloroformio ed il cloralio (1). Che se noi passiamo ora a fare una rapida sintesi del trattamento che gli ostetrici italiani attuali oppongono alle convulsioni eclampsiche, possiamo affermare che il salasso ha perduto molto terreno, che i drastici, gli anestesici, la morfina qua e là, le iniezioni sottocutanee ed endovenose di soluzione fisiologica di cloruro di sodio occupano il primo posto nel trattamento medico, e come si sia più larghi nell'intervento ostetrico, poichè, nel sopraparto, le incisioni del collo anticipano di frequente l'applicazione di forcipe o il rivolgimento, nella gravidanza, la provocazione del parto cerca di accelerare la possibilità di liberare

(1) V. Appendice I.

la donna, e da parte di alcuni ostetrici si delinea non solo ma spicca la tendenza di procedere alla rapida liberazione della donna anche a collo uterino impreparato.

Se nello svolgere questo argomento, io mi varrò di studii, osservazioni ed esperienze fatte in Italia, pur avendo presente quanto si è fatto altrove, voi mi concederete che questo è per me un dovere non solo, ma quanto si attendeva probabilmente da me, da chi mi volle onorare di questo ufficio di relatore, perchè appunto molteplici essendo i relatori, ciascuna relazione rispecchiasse quasi le idee, la esperienza nazionale su tale argomento. Ora una questione che innanzi tutto ci si affaccia, è la seguente: possiamo noi affermare che la mortalità della eclampsia è oggi minore di quello che fosse un tempo, dopo tanto lusso di teorie, dopo tanto sfoggio di studi sperimentali, dopo tanti progressi nel dominio dell'arte, dopo l'acquisto di quei preziosi mezzi terapeutici che sono gli anestesici e gli antisettici? La risposta non è facile a darsi in Italia come altrove, essa non può venire che dalle grandi cifre, che solo possono, se non cancellare, attenuare cause di errore. È incredibile le illusioni create su questo punto da statistiche limitate! Nello scorrere la letteratura di questo argomento quanti scritti non ho io percorso di autori che non si peritano di affermare, dopo l'osservazione di tre, quattro casi, guariti con un dato trattamento, che la terapia seguita è quella che indubbiamente migliora il pronostico di questa affezione!

Eppure una esperienza estesa ad un lungo periodo di anni sconcerta ogni più ragionale previsione in proposito. Nei 38 casi che io osservai, per esempio, in un periodo di 7 anni, ho una serie di 10 casi, compresa in un periodo di oltre due anni, dal Giugno 1891 all'Ottobre 1893, tutti seguiti da guarigione, mentre nell'Ottobre-Novembre 1889 aveva avuto tre casi e tre morti. E in tale periodo settennale la cura venne guidata dagli stessi criterii. A dimostrare quanto si debba andare guardinghi in certe conclusioni, ve lo indica anche la statistica dei risultati ottenuti col cloralio. Nel 1872 si ha una mortalità *zero*, nel 1888 essa ci viene indicata da Charpentier nel 4 0[0], ma nel 1891 essa sale al 16,51 0[0]. Egli è che i risultati di molte statistiche sono discutibili, o perchè molte di queste sono redatte coll'idea preconcetta di far trionfare quel principio teorico che ci ha guidato nella terapia o di combattere un principio diverso, il che ci conduce poi a troppo

sottili selezioni e ad eliminazioni non sempre corrette di casi letali, ovvero perchè sono scarse, o perchè pur essendo numerose, si riferiscono ad osservatori e a tempi diversi. La parte di critico sarebbe in questo campo estremamente facile, ma mi basta l'aver sfiorato tale argomento.

Riprendiamo la questione se attualmente la mortalità della eclampsia possa considerarsi minore di un tempo. Finchè la questione rimane nei termini generali in cui per ora l'ho posta, è più facile considerare le cose obbiettivamente e sottrarci al pericolo di sostenere una *tesi* prestabilita. Löhlein scriveva nel 1881 che l'affermazione ripetuta soventi che la prognosi della eclampsia fosse migliorata, doveva essere ancora dimostrata. Tale dimostrazione possiamo noi darla oggidì? La statistica poco prima accennata di Charpentier che si riferisce al cloralio potrebbe forse farne dubitare. Una delle difficoltà di tale dimostrazione proviene dalle oscillazioni enormi della mortalità dell'eclampsia, per cui in alcuni anni si ha una mortalità *zero*, come già accennai anche rispetto alla mia esperienza ed in altri una mortalità elevatissima. La mortalità della 2.ª Clinica di Vienna, studiata dal 1880 al 1895, oscilla tra lo zero e il 37,5 0[0. Un'altra difficoltà proviene dal fatto che in tutti i tempi abbiamo statistiche con procenti di mortalità elevata e statistiche favorevoli. Le difficoltà accennate però sono superabili quando si faccia il confronto di grandi statistiche antiche e moderne. Una divisione esatta dei risultati, per es., per periodi decennali non è possibile, perchè molte statistiche riflettono complessivamente un gran numero di anni, ma è innegabile che le statistiche pubblicate dal 1890 ad oggi segnano un progresso evidente quantunque, lo ripeto, anche prima si abbiano statistiche brillantissime, ma eccezionali, quale per es. quella di Winckel (92 casi, *Lehrbuch der Geburt.*, h. 1889) del 7,6 0[0. Dalle antiche statistiche di:

Mauriceau	colla mortalità del	45	0[0
Lachapelle	»	50	»
Devillier	»	55	»
Velpeau	»	38	»
Murphy	»	24	»
Rambsbotham	»	16	»
Merriman	»	23	»
Wieger	»	30	»

e quelle meno antiche o relativamente recenti di

Brummerstädt	colla mortal. del	37,7	0[0
Scanzoni	»	32,9	»
C. Braun	»	31,8	»
Spaeth-Schauta (1834-1880) . . .	»	36,5	»
Litzmann	»	25	»
Olshausen (1885-1891)	»	25	»
Dohrn	»	29	»
Goldberg (1.° Sett. 1883-30 Giugno 1891)	»	24,7	»
Lantos (1862-1887)	»	28,3	»
Löhlein (1.° Aprile 1888-1.° Ott. 1890)	»	23,38	»
Zweifel (fino al 1892)	»	32,6	»
Duhrssen-Gusserow 200 casi *Charité* dal 1.° Genn. 1880 al 31 Marzo 1892)	»	21	»
Geuer (Colonia)	»	24	»

passiamo a quelle recentissime di

Zweifel (dopo il 1892, 80 casi) . .	colla mortal. del	15	0[0
Croback (47 casi dopo il 1892) . .	»	14,8	»
Rosthorn (22 casi dal 1.° Ottobre 1891 al 1.° Marzo 1896)	»	4,5	»

L'esame dei risultati sopra indicati messi in rapporto colla successione cronologica delle statistiche, ci lasciano l'impressione che la mortalità sia diminuita. Tale impressione viene accresciuta se noi facciamo il confronto fra i risultati ottenuti nelle stesse Cliniche in periodi successivi. Sono istruttivi a tale riguardo i confronti che si possono istituire su grande materiale nelle Cliniche di Vienna, di Lipsia, di Pietroburgo. Così nella 2.ª Clinica di Vienna, dalla sua fondazione nel 1834 alla fine di Giugno 1880, sopra 134345 parti si hanno 342 casi di eclampsia colla mortal. del 36,5 0[0; nella stessa Clinica dal 1.° Luglio 1880 al 1.° Giugno 1895 sopra 42607 parti si hanno 137 casi di eclampsia con 27 morti, cioè colla mortalità del 19,7 0[0. È tosto da aggiungersi però come tale miglioramento sia quasi essenzialmente dovuto ai risultati ottenuti nel 1894 rappresentati da un solo caso di morte, sopra 16 casi, e nel semestre 1895 con 5 casi e nessuna mortalità. Nella Clinica di Lipsia dal 1.° Aprile 1887 fino al 1892 si ha la mortalità del 32,6 0[0, dal 1892 al 1895 la mortalità scende al 15 0[0. Nella Maternità di Pie-

troburgo dal 1.° Gennaio 1873 al 31 Dicembre 1891 sopra 60583 ricoverate, si ebbero 455 casi di eclampsia, con una mortalità complessiva molto bassa, confrontata con quella di altre statistiche del 17,3 0[0; ma tale mortalità dal 1886 al 1891 è del 12,6 0[0. Löhlein che nel 1881 assegnava alla eclampsia la mortalità del 35,7 0[0, dieci anni più tardi sopra un materiale critico di 52328 parti di fonte germanica, trovava 325 casi di eclampsia con 63 morti per eclampsia e 14 per malattie complicanti, rappresentanti una mortalità del 23,38.

Diamo ora uno sguardo al materiale statistico italiano. A rendere possibile un confronto della mortalità odierna con quella di periodi meno recenti, ho utilizzato alcune statistiche che si riferiscono alla Clinica di Pavia, alla Maternità di Milano, al Comparto ostetrico-ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano, a tre Istituti ai quali ho appartenuto o appartengo, traendo le notizie rispetto al primo e al terzo Istituto dai registri, rispetto al secondo da rendiconti della Maternità.

Nella Maternità di Milano, dal 1864 al 1880 con esclusione degli anni 1871-72, si ebbero, sopra 5138 parti, 288 morti, e fra essi 39 casi di eclampsia con 14 morti, colla mortalità quindi, per eclampsia, del 36 0[0 di fronte alla mortalità generale del 5,4 0[0. Nel Comparto ostetrico-ginecologico dell' Ospedale Maggiore dal 1876 al 1886 si ebbero 75 casi di eclampsia: di 4 di essi non è indicato l'esito, degli altri 71 in 26 si ebbe la morte, colla mortalità quindi del 36,61 0[0. Questa mortalità deve essere considerata piuttosto inferiore che superiore alla reale, perchè in quel periodo di tempo una diecina di eclampsiche deliranti figurarono come passate in sala speciale e di esse si perdè la traccia rispetto all'esito finale. Nella Clinica ostetrica di Pavia, dal 1819 al 1896 si ebbero 64 casi di eclampsia con 15 morti, vale a dire colla mortalità del 23,43 0[0. Tale mortalità bassa in confronto di quella di altri Istituti, è sensibilmente la stessa per tutto l' indicato periodo di tempo, se si fa astrazione dalle accidentali oscillazioni in più od in meno in dati anni. Invece nel Comparto ostetrico-ginecologico di Milano si ebbe, dal 1888 al 1895, la mortalità del 23,68 0[0 sensibilmente minore di quella indicata del 36,60 0[0, dal 1876 al 1886, per lo stesso Comparto, e del 36 0[0 per la Maternità di Milano dal 1864 al 1880. Nella statistica italiana da me riunita di 371 casi, che sono tutti posteriori al 1880, si ha una mortalità complessiva del 21 0[0 (V. Appendice II e III).

Che siasi verificato in generale una diminuzione della mortalità dell'eclampsia in questi ultimi anni, mi pare dunque abbastanza dimostrato dalle statistiche nazionali ed estere. Certo se progresso ci fu, non è punto paragonabile a quello osservatosi in altri campi, nel dominio di altri accidenti minacciosi per la vita della madre, come nella emorragia da placenta previa ed anche nella rottura d'utero. Ma a che cosa dobbiamo noi attribuire tale miglioramento del pronostico? È ovvio pensare innanzi tutto alla influenza che l'introduzione dell'antisepsi può aver avuto nell'attenuare la mortalità dell'eclampsia, osservando come in ogni statistica siavi un procento di morti addebitato alla setticemia. Prescindendo dalla questione se l'eclampsia predisponga alla setticemia in modo speciale (Olshausen) ovvero non eserciti tale influenza sfavorevole (Dührssen), egli è certo che tale influenza non deve essere stata grande e non è sicuramente determinabile. Basti il riflettere come in tutte le statistiche dell'epoca antisettica risguardanti la stessa Clinica, lo stesso operatore, si abbiano, anche pochi anni or sono, delle mortalità elevatissime, cito quella di Chroback del 1891, del 33 0[0, e l'intiera prima serie di Zweifel colla mortalità del 32,6 0[0, la quale cade tutta nel quinquennio 1887-1892 ed è tale da star a pari per elevata mortalità con molte statistiche del periodo preantisettico. Chè se noi osserviamo alcune antiche statistiche vediamo anche come la mortalità dell'eclampsia non sia punto notevolmente modificata dalle oscillazioni della mortalità puerperale. Non poche volte vediamo anzi un contrasto singolare tra questa e quella; così nel quadro statistico che si riferisce alla Clinica ostetrica di Pavia, rilevo come la mortalità della eclampsia sia stata per esempio zero in un periodo quinquennale in cui la mortalità generale fu del 9,40 0[0.

La considerazione, che l'albuminuria è una condizione che precede od accompagna sovente l'eclampsia, qualunque sia l'interpretazione genetica che noi possiamo darne, e che contro di essa abbiamo una terapia universalmente accettata come efficace, la dieta lattea e l'interruzione della gravidanza, potrebbe farci supporre che sia diminuita la frequenza della eclampsia o attenuata la sua intensità quando non si riesca a prevenirla. Una attenuazione delle forme eclampsiche nessun clinico mi pare abbia avuto occasione di osservarla o dimostrarla. Certo ogni clinico si imbatte in gruppi o in serie di casi gravissimi e di casi meno gravi di eclampsia, ma questa è osservazione antica e il quadro

classico dell'eclampsia rimane immutato. L'impressione da me avuta dei primi casi osservati più di venti anni or sono è identica a quella avuta negli ultimi casi assistiti. E neppure può affermarsi che l'eclampsia sia diminuita in frequenza. È piuttosto lecita un'affermazione opposta. Peter aveva già affermato che l'eclampsia erasi fatta sempre più frequente, e prendendo le statistiche di Depaul che riproducono i casi osservati all'Ospedale delle cliniche di Parigi, dal 1834 al 1871, e dividendoli in periodi di 10 anni, egli sarebbe arrivato ai seguenti risultati:

dal	1834	al	1843	17	casi
»	1844	»	1853	27	»
»	1853	»	1863	35	»
»	1861	»	1871	54	»

Nella Clinica ostetrica di Vienna la frequenza dell'eclampsia rappresentata dal 1834 al 1880 da 1 : 380, sale dal 1880 al 1890 ad 1 : 311, e nella Maternità di Pietroburgo, mentre nel periodo 1873-1880 è di 1 : 151, in quello 1881-1891 è di 1 : 123 e nei quattro anni 1888-1891 incluso essa sale ad 1 : 100. Tale aumento nella percentuale della eclampsia lo si trova pure, quantunque non in tale misura, nella Maternità di Mosca e nella *Berliner Charité*. Ciò non dimostra però in modo assoluto che la frequenza della eclampsia sia aumentata, potendo la maggior affluenza di tali casi essere in rapporto colla mutata o colla migliorata organizzazione degli istituti di Maternità o colle cambiate abitudini della popolazione, col mutamento dell'opinione pubblica o con altri fattori, nello stesso modo che tale affluenza potrebbe diminuire per l'organizzazione di servizi sanitari che rendano pronta ed efficace l'assistenza ostetrica a domicilio. Quando rifletto però al fatto, che a Milano in circa otto anni, computando i casi del Comparto ostetrico ginecologico dell'Ospedale e quelli della Guardia ostetrica, si ebbero all'infuori della Maternità e del servizio ufficiale di consulenza ostetrica, 109 casi di eclampsia, e considerando il tenue procento di eclampsie che si aveva alla Maternità in epoche antecedenti, nelle quali detti servizi non erano organizzati, o lo erano incompletamente (7 casi nel periodo di 5 anni 1875-79 di cui io stesi il rendiconto), tenuto d'altra parte presente anche l'aumento della popolazione, non mi pare azzardata l'ipotesi di un reale aumento della frequenza dell'eclampsia. Tale aumento è evidente anche rispetto alla Clinica di Pavia. Da tale aumento non dovrebbe però essere

menomato il valore della terapia preventiva dell'eclampsia, che mi pare fondato su fatti clinici indiscutibili, ma dovrebbe piuttosto dedursi, che malgrado una più efficace cura preventiva, sieno soverchianti e più diffuse le cause che la ingenerano.

A risolvere meglio il problema non solo della maggiore o minore frequenza della eclampsia, indipendentemente dalle cause esterne che possono modificare l'affluenza delle eclampsiche negli Istituti di Maternità, ma anche della efficacia della terapia preventiva, converrebbe tener calcolo per una lunga serie di anni di quei casi che Löhlein ha chiamato autoctoni, nei quali cioè la malattia si sviluppa in ammalate che già prima erano ricoverate nell'istituto. Manca però sinora su tale punto un materiale statistico sufficiente che permetta delle deduzioni qualsiasi. Nella statistica di Bidder, che si riferisce alla Maternità di Pietroburgo, vediamo come dal 1881 al 1892 sopra 41177 parti vi sieno stati 337 casi di eclampsia, dei quali 87 autoctoni, cioè 1 : 473. Sarebbe interessante dal punto di vista accennato il seguire nelle diverse Cliniche le oscillazioni di tale procento in rapporto colle diverse circostanze e colle diverse cure preventive che possano modificarlo. Nella Clinica ostetrica di Pavia dal 1883 al 1896, sopra 1430 ricoverate (superano il numero dei parti, perchè molte gravide ammalate guarite della malattia per cui erano entrate, escono dalla Clinica), si ebbero 98 albuminuriche, ed i tre casi di eclampsia autoctona appartengono ad esse, e sono perciò rappresentati da un procento che quasi coincide con quello di Bidder, cioè da 1 : 476. A Milano nel Comparto Ostetrico-Ginecologico da me diretto, sopra 1016 ricoverate, dal 1888 al 30 Giugno 1895 si ebbero 143 albuminuriche; appartengono a queste 37 dei 38 casi di eclampsia osservati, dei quali 2 furono autoctoni, nella proporzione quindi di 1 : 508. A dimostrare il rapporto tra eclampsia e primiparità e pluriparità è interessante l'analisi ed il confronto dei casi di albuminuria ed eclampsia da me osservati o raccolti sia nella Clinica di Pavia, sia all'Ospedale di Milano. Che l'eclampsia in modo assoluto si trovi più di frequente nelle primipare che nelle pluripare è noto. Braun assegna alle primipare eclampsiche la percentuale di 86,3, Dührssen di 84, Geuer di 84, Schauta di 82,6, Chroback di 79,5, Zweifel di 79,5, Brummerstädt di 79,2, Lantos di 78,5, Bidder di 74,3, Olshausen di 74. Da noi Casati osservava appunto che sopra 29 casi, tre soli spettassero a pluripare, senonchè da Belluzzi che, sopra 13 casi ne aveva osservati 7 spettanti

a donne pluripare nella sua pratica, opinò che la prevalenza delle primipare fosse dovuta al fatto che accogliendo gli istituti di Maternità soltanto gravide illegittime, vi prevalgono le primipare. L'osservazione fatta nell'Ospedale Maggiore, dove si accettano illegittime e legittime purchè ammalate e quella della Guardia ostetrica di Milano che più di spesso è chiamata a prestar l'opera sua a gravide legittime, dimostrano che è sempre notevole la prevalenza assoluta delle eclampsiche primipare. Ma tale prevalenza è pure relativa, proporzionando il numero delle eclampsiche al numero delle primipare e pluripare ricoverate? Anche tale prevalenza è evidente come è indicata dalle seguenti cifre:

	Rapporto delle primip. eclamps. alle primipare ricoverate	Rapporto delle plurip. eclamps. alle pluripare ricoverate
Comparto ostetrico-ginecolog. dell'Ospedale di Milano	13,21 0[0	1,65 0[0
Clinica ostetrica di Pavia	2,86 »	1,08 »
Guardia ostetrica di Milano	1,56 »	0,68 »
Statistica complessiva italiana (Comparto ostetrico-ginecologico dell'Ospedale di Milano, Guardia ostetrica di Milano, Clinica di Pavia, Clinica di Firenze, Clinica di Parma, Bossi per diversi Istituti e pratica privata, Maternità di Venezia, Clinica di Roma (1) . .	1,60 »	0,47 »

Il procento di eclampsiche osservate nel Comparto dell'Ospedale di Milano, enorme nelle primipare e grande nelle pluripare, non deve far meraviglia, quando si pensi che non vi si accettano che gravide ammalate, ma il confronto del primo col secondo serve a mettere in maggior evidenza quanto la primiparità disponga alla eclampsia. Tale contrasto si accentua quando noi cerchiamo il rapporto tra eclampsiche e *primipare albuminuriche,* eclampsiche e *pluripare albuminuriche.* Nel Comparto ostetrico dell'Ospedale di Milano, nel periodo accennato, si ebbero infatti 49 primipare albuminuriche con 23 eclampsiche (ne escludo una perchè si riferisce ad un caso di eclampsia *sine albuminuria*) e 94 pluripare albuminuriche con 14 eclampsiche. Queste stanno quindi alle primipare albuminuriche nella proporzione del 46,90 0[0,

(1) Altri Istituti compresi nel quadro statistico generale qui non figurano perchè mancano i dati che si riferiscono al rapporto generale tra primipare e pluripare.

alle pluripare albuminuriche in quella del 14,89. Nella Clinica ostetrica di Pavia tale contrasto è minore ma non meno evidente. Sopra 1430 ricoverate, si ebbero 98 albuminuriche, di cui 44 primipare e 54 pluripare. Avendosi avute fra esse, per le prime 17, per le seconde 8 eclampsiche, si ha che il procento delle eclampsiche alle primipare albuminuriche fu di 38,63, mentre quello alle pluripare albuminuriche fu soltanto del 14,81. È un procento poco diverso da quello che Vinay dà delle eclampsiche alle albuminuriche del 42 0[0, con una statistica che abbraccia quelle di Blot, Devilliers, Mayer, Litzmann, Braun, Imbert-Gourbeyre. Ciò non indica punto che l'albuminuria predisponga alla eclampsia nella proporzione indicata, non solo perchè nella maggior parte delle eclampsiche l'albumina venne ricercata e trovata nelle urine, *che prima non erano state esaminate*, soltanto al momento dello scoppio della eclampsia, ma precipuamente per la ragione, che accorrendo alle Cliniche i casi gravi, le eclampsiche che in esse trovano ricovero, rappresentano già una selezione fra molte albuminuriche che restano a domicilio e aggravano quindi la proporzione, nella Clinica, tra eclampsiche ed albuminuriche. Sarebbe però altrettanto inesatto rappresentare tale rapporto soltanto col numero dei casi autoctoni, poichè mentre da una parte è indubitato che nella maggior parte dei casi di eclampsia una analisi diligente dei precedenti della eclampsica rileva fatti e sintomi tali che sono di solito associati all'albuminuria, dall'altra è certo, ed ogni clinico può attestarlo, che in casi votati all'eclampsia, di cui esistevano già evidenti segni premonitorii, questa venne scongiurata con opportuna cura medica od ostetrica. Il tenue procento dei casi autoctoni di eclampsia potrebbe valer piuttosto a indicarci l'efficacia della cura preservativa. Se quindi gli studii odierni rendono meno probabile un nesso causale tra condizione renale ed eclampsia, tale nesso non cessa di essere intimo e clinicamente importante, anche accettando l'ipotesi più larga che le attribuisce entrambe allo stesso agente, sia questo riposto in ptomaine o più probabilmente in prodotti intermedii del ricambio materiale. Ciò è importante dal punto di vista della terapia preventiva, poichè questa dovrà essere vigile e pronta in ogni caso di albuminuria e specialmente rispetto alle primipare albuminuriche. Tale terapia preventiva sarà a mio avviso tanto più benefica ed efficace se non sarà guidata e determinata soltanto dall'albuminuria, ma da tutte quelle condizioni e quei sintomi che di-

mostrino deficiente la funzione renale, specie se deficiente anche quella cardiaca o che accennino ad intossicazione dell' organismo gravidico, disturbi simpatici accentuati, diminuzione dell'urina e dell'urea secreta, vomito insistente, cefalea, irritazioni nervee, turbe psichiche, ecc. La cura medica rappresentata dalla dieta lattea, dai bagni tiepidi, dagli eccoprotici, dai diaforetici, dai mezzi che stimolano eventualmente l'azione cardiaca, potrà essere realmente cura del morbo nel suo periodo virtuale. Il salasso, che nei tempi passati così largamente si faceva nella gravidanza, aveva una efficacia preventiva, può esso invocarsi a spiegazione del fatto probabile che un tempo l' eclampsia fosse meno frequente? Peter non ne dubitava, egli attribuiva l'attuale maggiore frequenza della eclampsia alla teoria che egli chiamava nefasta dell' anemia della gravidanza sostituitasi a quella della pletora, per cui « *on ne saignait plus les femmes grosses.* » Io ho posto il problema senza risolverlo, ma è mia convinzione che piuttosto che scemati i modi di prevenirla, sieno aumentate le cause produttrici. Ogni qualvolta detta cura riesca inefficace, la interruzione della gravidanza dovrà essere largamente e prontamente applicata senza riguardo all'epoca di questa. Molte volte, come Barnes ebbe già a scrivere riguardo alla sua esperienza, ripeto io riguardo alla mia, ebbi a pentirmi di aver aspettato troppo a lungo, mai di non aver indugiato. Possiamo dire altrettanto della cura medica ad eclampsia scoppiata? Deve essa considerarsi come una vera e propria cura del morbo o soltanto come una cura sintomatica che deve quindi opportunamente modificarsi a seconda dei casi?

La cura medica rappresenta a mio avviso un prezioso ausilio che rivolgendosi ad alcuni sintomi dominanti o minacciosi permette di attendere in molti casi condizioni più favorevoli per il trattamento ostetrico. La moltiplicità dei rimedii consigliati e a volta a volta lodati o respinti ci indica già, come non sia a far grande fidanza di essi. Nessuno di essi può aspirare ad occupare il posto di una terapia causale razionale, neppure il salasso seguito da iniezioni endovenose, per il quale d'altronde esistono ancora pochi elementi di giudizio. Se noi ci lasciassimo trascinare da preconcezioni teoriche, tenendo presenti i risultati delle ricerche di Bouchard, secondo i quali levando 32 grammi di sangue ad un uremico, si levano 50 centigrammi di materie estrattive (la 16.ª parte di quelle che l'urina avrebbe dovuto eliminàre), mentre per ottenere eguale risultato si richiedono 280 grammi di liquido diar-

roico e 100 litri di sudore, il salasso ed anche le sottrazioni sanguigne locali occuperebbero il primo posto nella terapia della eclampsia, e verrebbero quindi i drastici e per ultimo i diaforetici. In tale senso, i mezzi indicati rappresenterebbero una cura causale, mentre gli anestetici e la morfina moderando l'eccitabilità dei centri motori corticali e subcorticali rappresenterebbero specialmente una cura sintomatica. La fava del Calabar raccomandata da Butterfield, la nitroglicerina, largamente usata negli Ospedali di Londra, il *veratrum viride* sul quale Oatman richiamò l'attenzione dei pratici nel Congresso Medico Internazionale di Washington nel 1887 e che trovò larga accoglienza fra i medici americani specialmente del Sud e dell'Est, apparterrebbero a questa seconda categoria. Di questi ultimi non ho alcuna esperienza e non mi consta che questa siasi fatta da qualche clinico in Italia. Da noi prevale un trattamento sintomatico misto, ma in questo hanno la massima parte i drastici, la morfina, il cloralio ad alte dosi. Il salasso che pure registra a suo favore alcune statistiche brillanti nei tempi passati, ha perso molto terreno. Nei pochi casi in cui io l'ho adoperato, partendo dal concetto di farne una cura causale, non sono stato soddisfatto e mi sono convinto che qualche volta la depressione, che ne risulta, supera di gran lunga i vantaggi. Non ha perso, a tale riguardo, della sua eloquenza, la statistica di Charpentier che ha stabilito per il salasso la mortalità del 45 0[0. È indubitato che i due mezzi che sembrano aver dato i migliori risultati sono il cloralio ad alte dosi e la morfina e sono pure i due mezzi dei quali io personalmente ho fatto la miglior prova in unione al trattamento ostetrico. La pilocarpina di cui ancora recentemente, in America tanto si è lodato Winter, è rifiutata dalla maggior parte dei clinici e le pratiche idriche, fra cui merita ricordo il consiglio di Goubaroff di fare delle applicazioni calde permanenti alla regione lombare, pur avendo qualche efficacia, contrastano al precetto fondamentale di non turbare quanto più è possibile la quiete dell'ammalata. Tali sono le mie impressioni e le mie convinzioni cliniche sulla efficacia dei mezzi indicati, ma se noi tentiamo di rappresentare in cifre il grado di questa, mi pare estremamente difficile il farlo poichè, ricorrendo la maggior parte dei clinici a trattamenti misti, è pressochè impossibile sceverare quanto si debba all'uno o all'altro o al trattamento ostetrico che qualche volta ne è il complemento. Perciò tanto la statistica ottimistica di Charpentier rispetto al cloralio, quanto

quella pure ottimistica di Veit rispetto alla morfina (mortalità 4 0[0]) e quella oltremodo pessimistica per lo stesso agente terapeutico di Tittel (mortalità 57 0[0]) mi sembrano suscettibili di critica. Dalla morfina adoperata ad alte dosi iniziali secondo le raccomandazioni di Veit, io trassi inestimabili vantaggi specialmente nei casi caduti sotto la mia osservazione al primo scoppio dell'eclampsia, e dall'uso di essa associato alla rottura delle membrane ebbi risultati che possono considerarsi ottimi nella eclampsia *ante partum*. Invece tanto il cloralio quanto la morfina mi parvero inferiori alla loro fama, anzi qualche volta dannosi nei casi in cui era già preceduto un gran numero di accessi, e la donna trovavasi in stato di coma profondo e gli organi respiratorii mostravano segni indubbii di congestione intensa. In tali casi è mia convinzione che il salasso in alcuni casi e i drastici meritino la preferenza e che il cloroformio debba adoperarsi tosto e a preferenza dell'etere, ma per ottenere quanto più sollecitamente è possibile la liberazione della donna nella narcosi profonda.

Prima però di passare a discutere il trattamento ostetrico, è necessario volgere l'attenzione al feto in rapporto coll'eclampsia, non solo perchè da alcuni ostetrici, fra noi da Inverardi, si è cercato di mettere in rapporto l'eclampsia col ricambio materiale del feto, ma anche perchè i risultati che si osservano rispetto al feto hanno condotto e possono condurre a stabilire alcuni corollari terapeutici. Ora tutti gli ostetrici sono d'accordo nell'ammettere che se la prognosi è grave per la madre, è gravissima per il feto. Per i feti vitabili complessivamente considerati, il procento di mortalità fetale è indicato da Olshausen nel 28 0[0], da Löhlein nel 44 0[0], da Winckel nel 77 0[0], da Schreiber per la 2.ª Clinica ostetrica di Vienna, dal 1880 al 1895, nel 32,1 0[0], da Dührssen nel 49 0[0], di fronte alle quali abbiamo però quelle più favorevoli di Schauta (24,3 0[0]), di Pawpertow (24,7), di Bidder (23,1 0[0]), di Rosthorn (21 0[0]). Tale mortalità è naturalmente più grande se noi la consideriamo soltanto in rispetto ai feti prematuri. Nella complessiva statistica italiana da me raccolta, non facendo distinzione dei feti morti, premorti, abortivi, noi abbiamo una mortalità fetale rappresentata dal 37,42 0[0]. Nella statistica della Clinica di Pavia, dal 1883 al 1896, tale mortalità è molto bassa, rappresentata dal 16 0[0], mentre in quella del Comparto ostetrico dell'Ospedale Maggiore di Milano abbiamo 20 feti comunque morti, computandovi i premorti, i morti durante il travaglio, quelli non

vitabili, cioè la mortalità del 52,63 0[0]. Questa mortalità deve però essere analizzata, perchè la statistica dell'Ospedale Maggiore di Milano per questi come per altri riguardi si differenzia dalle altre.

Siccome una nuova ipotesi alla quale, come già dissi, si è accostato fra noi Inverardi, attribuisce l'eclampsia ad una intossicazione causata da prodotti del ricambio materiale del feto, non è inutile esaminare la mia statistica per quanto piccola da tale punto di vista. Bidder aveva già osservato che in un terzo circa dei casi l'eclampsia insorge in un tempo, in cui è appena a pensare che i prodotti del ricambio materiale del feto possono esserne la causa. Anche l'esame e l'analisi dei fatti contenuti nella mia statistica non sarebbero favorevoli a tale ipotesi. Riunisco in questa tabella i dati principali riguardo al feto che ho voluto mettere in rapporto anche cogli esiti avuti nella madre.

Num. progr.	Indicazioni rispetto ai feti vivi	Esito per la madre
1.	Peso 2300 grammi . .	guarita
2.	» 2850 » . .	»
3.	» 3200 » . .	»
4.	» 1800 » . .	»
5.	» 1000 » . .	»
6.	» 1920 » . .	»
7.	» 1400 » . .	»
8.	» 2500 » . .	»
9.	La sola indicaz. di vivo	»
10.	Id. (si tratta di eclampsia *post partum*) . .	»
11.	Peso 1500 grammi . .	»
12.	» 2300 » . .	»
13.	» 1100 » . .	»
14.	» 2050 » . .	»
15.	» 3100 » . .	»

Num. progr.	Indicazioni rispetto ai feti morti	Esito per la madre
1.	Mostruoso, peso 1700 gr. senza liq. addom.	guarita
2.	Peso 1400 grammi . .	»
3.	Maceraz., peso 2600 gr.	morta
4.	Peso 3340 grammi . .	»
5.	» 1800 » . .	»
6.	6.° mese	guarita
7.	Peso 750 grammi . . .	»
8.	Avanzata macerazione, peso 1500 grammi .	»
9.	Premorto	morta
10.	Morto	guarita
11.	Macerato	»
12.	Peso 450 grammi . . .	»
13.	Peso 2500 gr. senza cerv.	»
14.	Mostruoso	»
15.	7.° mese	morta
16.	Peso 2050 grammi . .	»
17.	» 2000 » . .	guarita
18.	» 2100 » . .	»
19.	» 2600 » . .	morta
20.	» 3600 » . .	guarita
21.	5.° mese	»
22.	Peso 2000 grammi . .	»

NB. In un caso la gravidanza continuò.

Noi abbiamo avuto 16 feti vivi, comprendendo quello appartenente alla gravidanza che continuò e 22 feti morti, premorti, abortivi. Nessuna gravidanza gemellare figura nella mia statistica personale.

È singolare innanzi tutto come in tutti i casi in cui si ebbero feti vivi (15) la madre sia guarita e sarebbe interessante il fare tale ricerca su vasto materiale statistico. La persistenza della vita del feto indicando un minor grado di autointossicazione materna, verrebbe ad essere un criterio di prognosi favorevole, anzichè sfavorevole, come dovrebbe esserlo se l'eclampsia fosse d'origine fetale. Vero è che anche con questa ipotesi si potrebbe accettare un tenue grado di intossicazione d'origine fetale che permetta lo scoppio dell'eclampsia senza uccidere il feto. D'altra parte però nella mia statistica, non solo figura rispetto ad altre statistiche un notevole numero di feti prematuri ed abortivi, nei quali ultimi è quindi poco probabile possa invocarsi lo scambio materiale del feto, ma vi figurano tre casi di macerazione del feto, nei quali la morte antecedente di parecchi giorni non ha evitato l'insorgenza di accessi eclampsici. L'influenza favorevole della morte del feto non è confermata anche dalla statistica di Goldberg, poichè di 48 casi, in cui essa avvenne prima della liberazione, 10 terminarono colla morte, e negli altri dalla morte del feto alla terminazione del parto non si osservò notevole miglioramento. Essendomi proposto di restare in un campo quanto più obbiettivo si possa, mi limito a fare queste osservazioni e passo ad occuparmi dei problemi terapeutici. Il principale, quello per così dire fondamentale, riguarda l'influenza che lo svuotamento dell'utero esercita sull'andamento della eclampsia. Il precoce e prudente vuotamento dell'utero è considerato in tutti i tempi come il mezzo curativo principale dell'eclampsia, ed il nostro Borsieri, parlando delle donne eclampsiche, pur riconoscendo l'utilità del salasso e degli antispasmodici scriveva « sed protinus danda opera est ut a fœtu expeditissime liberentur. » È tale precetto che ha quasi sempre informato l'ostetricia italiana e che la informa tuttora, per cui su tale punto piuttosto che esprimere le mie convinzioni, posso affermare di esprimere le convinzioni della scuola italiana. A me è sempre parso che le contraddizioni nascano dal volere accomodare l'osservazione e l'esperienza colle discordi dottrine. Esaminiamo pure le statistiche, ma esaminiamole senza alcuna idea preconcetta. Secondo l'antica statistica di Wieger sopra 112 casi tratti da diversi autori, 39 volte gli accessi non si ripe-

terono e 35 volte si ripeterono più debolmente. In quella di Schauta, gli accessi di eclampsia cessano dopo il parto nel 35,5 0[0, in quella di Braun nel 69,6 0[0, in quella di Leopold nel 54 0[0; a Bidder nel 33 0[0 dei casi l'eclampsia apparve come troncata. Zweifel afferma che il completo svuotamento dell'utero favorisce la cessazione degli accessi eclampsici e tanto più quanto più lo svuotamento è riguardoso (*schonender*), in quella di Schreiber tale proporzione vi figura col 50,7 0[0, in quella di Dührssen coll'89 0[0 (Dührssen vi comprende anche le migliorate e Charpentier nella sua analisi critica della statistica di Dührssen riduce tale proporzione al 48,30 0[0) ed in quella di Olshausen nell'85 0[0 dei casi l'eclampsia cessa col parto o rapidamente dopo di esso (*oder sehr schnell vorüber*). Fra noi Palletta fu uno dei pochi a negare tale influenza favorevole in modo reciso. Egli infatti scrive: *foetus autem sive inscia et convulsa matre edantur, sive obstetricis artificio educantur parum ad convulsionis diminutionem videntur conferre.* Secondo Corradi invece, sopra 55 casi levati dai rendiconti di parecchi dei nostri Istituti, di Milano (Casati e Porro), di Genova (Viviani), di Palermo (Piazza), di Pavia (Cazzani), di Torino (Tibone, Peyretti, Nigra, Chiara, Pintor, Parella, Canera, Paventa, Calderini), in un terzo dei casi le convulsioni cessarono ed in altri 30 si ripeterono lievissime. Compulsando la mia piccola statistica ed escludendo tre casi in cui l'eclampsia insorse *post partum* (Oss. 23, 25 e 28), un caso in cui gli accessi cessarono prima del parto (Oss. 22), un caso in cui la gravidanza continuò (Oss. 32), sopra i 33 casi residui, in 25 non si ebbe più alcun accesso, in 4 se ne ebbe 1, in uno 2, negli altri tre più di due. Noi possiamo dunque accettare che in una buona metà dei casi, l'eclampsia è veramente troncata dallo svuotamento dell'utero ed in un altro quarto di casi è indubbia la influenza di questo nel diminuire e nel distanziare gli accessi successivi.

Qualunque considerazione si voglia fare, qualunque idea preconcetta si abbia, comunque si vogliano torturare i fatti statistici, non è possibile disconoscere l'importanza di tale fatto dal punto di vista della terapia. D'altronde anche i partigiani ad oltranza del trattamento conservatore, i quali, come Charpentier, respingono le incisioni sul collo, la provocazione del parto, il parto forzato, il taglio cesareo, accettano implicitamente tale principio, allorchè consigliano la liberazione quando la dilatazione completa o la dilatabilità del collo permettono di compierla senza violenza. È dunque non sul principio ma sulle modalità

della sua tecnica e pratica applicazione che dovrebbe incominciare il disaccordo. Ma si è tentato di vulnerare il principio stesso, e le obbiezioni vennero date: 1.° dalla possibilità che la eclampsia guarisca senzachè la gravidanza si interrompa; 2.° dalla possibilità che l'eclampsia insorga anche primitivamente dopo il parto; 3.° dal fatto che l'eclampsia può continuare in un procento maggiore o minore di casi dopo il parto; 4.° dalla mortalità maggiore che la liberazione operatoria presenta in alcune statistiche.

Ma tali obbiezioni vulnerano realmente il principio esposto? Io pure ho osservato un caso in cui ho visto dissiparsi l'eclampsia e le condizioni renali concomitanti senzachè la gravidanza s'interrompesse. Ma oltrecchè tale fatto è eccezionale (nella grande statistica di Bidder figurano due osservazioni di tal genere), esso dimostra soltanto che non è necessario in modo assoluto per la guarigione della eclampsia lo svuotamento dell'utero, ma dimostra esso forse che questo non sia benefico nella gran maggioranza dei casi? Come non raramente riusciamo con una cura appropriata a rimuovere sintomi tali che dobbiamo considerare come premonitorii dell'eclampsia, così anche questa, quantunque eccezionalmente, se non grave, potrà esserne rimossa. Questa è la sola conclusione logica che noi possiamo permetterci. Invece è più frequente che l'eclampsia insorga primitivamente dopo il parto. L'eclampsia puerperale figura per tre casi nei 38 da me osservati nel Comparto ostetrico dell'Ospedale Maggiore di Milano, figura per tre nella Clinica di Pavia, periodo moderno, per 20 nel servizio della Guardia ostetrica di Milano.

L'eclampsia *post partum* che nella mia statistica raggiunge soltanto il 7,89 0[0, è rappresentata da procenti molto diversi nelle grosse statistiche, dal 21 0[0 in quella di Brummerstädt, dal 26,7 0[0 in quella di Schauta, dal 14 0[0 in quella di Olshausen, dal 17 0[0 in quella di Winckel, in quella di Löhlein dal 7,5 0[0, nella Clinica di Chroback dal 21,16 e dal 28 0[0 circa in quella della Guardia ostetrica di Milano, al quale elevatissimo procento certo contribuisce la natura stessa della istituzione. Ma neanche lo scoppio in puerperio di accessi eclampsici che non si erano presentati nè in gravidanza nè in parto, toglie valore al fatto osservato spiccatissimo dell'influenza solita ad esercitarsi dal parto sull'andamento dell'eclampsia. Qui come nel caso antecedente si vuol conchiudere più di quello che le premesse lo consen-

tano. L'insorgenza primitiva di convulsioni eclampsiche dopo il parto è lì ad attestare che quelle condizioni create dalla gravidanza non si sono ancora dissipate e forse hanno trovato nei momenti meccanici e fisiologici del parto condizioni che fugacemente possono averle aggravate. L'osservazione di tali casi dimostra infatti che in molti di essi esistevano fenomeni che possono quasi considerarsi come equivalenti alla convulsione eclampsica o costituenti lo stato eclampsico. Ciò è tanto vero che nella gran maggioranza dei casi, gli accessi sono pochi, quasi rombo lontano di una burrasca che si allontana, non gravi e succedono a poca distanza dal parto. Dalla statistica di Chroback si rileva infatti come sopra 29 casi di eclampsia *post partum,* 12 volte si verificò nella prima ora dopo il parto, 9 volte dalla seconda all'ottava, ed infine una volta rispettivamente dopo 10, 15, 25, 28 ore. Alcuni, fra i quali Cazeaux, hanno opinato che tale influenza si esercitasse quando la eclampsia fosse insorta da poco tempo, ma fosse nulla quando gli accessi duravano da molto tempo. Da noi Belluzzi, il quale fra le conclusioni di un suo lavoro poneva questa che il mezzo più valido a vincere l'eclampsia si è di favorire o di procurare lo svuotamento dell'utero, ha portato in campo fatti che dimostrano come anche in tali estreme contingenze sia evidente l'influenza benefica dello svuotamento dell'utero sul ripetersi degli accessi eclampsici. Riguardo alla mortalità essa è considerata generalmente minore. Se noi prendiamo come esempio la 2.ª Clinica ostetrica di Vienna nei suoi due periodi 1836-1880, e 1880-1895 di cui riferirono Schauta e Schreiber, abbiamo la mortalità dell'eclampsia *ante partum* rappresentata nel 1.° periodo, dal 52,2 0[0, nel secondo dal 30,43 0[0, la mortalità dell'eclampsia *intra partum* dal 40,2 nel 1.°, dal 18,82 nel 2.°, quella dell'eclampsia *post partum* dal 27,2 0[0 nel 1.°, dal 13.79 0[0 nel 2.°

Riguardo alla continuazione delle convulsioni eclampsiche dopo il parto, essa indica che il parto non può sempre far cessare *ipso factu* le condizioni della loro produzione, e finalmente, nei casi in cui l'esito non corrisponde, che esso è ormai impotente a togliere o a migliorare una situazione già disperata di cose, ma non può con ciò negarsi che esso sia la condizione *sine qua non,* salvo poche eccezioni, della loro cessazione. I vomiti incoercibili della gravidanza che offrono colla eclampsia analogie forse anche genetiche, possono comportarsi nello stesso modo di fronte alla terapia ostetrica. Le statistiche anche pic-

cole, quando sieno costituite da fatti osservati intieramente da noi, sono forse più atte per questo speciale riguardo a formare una tale convinzione che l'esame di statistiche grandi ma eterogenee, risultanti dal succedersi di molte osservazioni fatte da diversi osservatori, ma rispetto alle quali non è più possibile dalle poche e nude cifre dei registri evocare il caso clinico nella sua intierezza e dare ad esso la sua speciale fisionomia. Come si può negare l'influenza favorevole accennata, quando fatto un taglio cesareo in condizioni le più gravi, si vedono quasi per incanto migliorare rapidamente le condizioni della inferma e non ripetersi gli accessi? Ciò vale anche per la quarta obbiezione derivante dalla mortalità maggiore che la liberazione operatoria dà alla eclampsia in alcune statistiche. Lo Schauta dall'analisi dei casi osservati nella 2.ª Clinica di Vienna dalla sua fondazione al 1880, aveva già tratto la conclusione che il forcipe senza strette indicazioni ed il parto forzato specialmente sono da rigettarsi. Ed ogni intervento più attivo accetto a provocare o ad accelerare il parto è specialmente combattuto da Charpentier nella sua tesi, nel suo trattato e in un lavoro recente in cui ribatte le conclusioni di Dührssen.

Secondo Charpentier la mortalità del parto spontaneo sarebbe del 18,96 0[0, del parto arficiale del 31,04, del parto forzato del 40,74 0[0. In altri termini, l'opera dell'arte sarebbe più dannosa che utile, giacchè ad essa terrebbe dietro una mortalità maggiore del doppio di quando il parto succede senza aiuto. Tale conclusione è contestabile e ripudiabile anche in base ad alcune odierne statistiche, ma chi non vede quanto sia forzata ed irrazionale questa divisione in due serie a seconda del modo di terminare il parto, volendo trarne delle conclusioni rispetto alla mortalità di ciascuna serie e all'influenza dell'intervento operativo. Quale destino aspetterebbe le donne non liberate? Due serie di tal genere non sarebbero confrontabili se non quando in tutti i casi che si succedono in una Clinica si adottasse indistintamente il principio del non intervento? Ma come confrontarle se nella serie dei casi operati entrano necessariamente i casi più gravi e quelli complicati che già richiedono l'intervento ostetrico non solo per il fatto dell'eclampsia ma anche in causa delle complicanze stesse? La mia statistica offre una mortalità di gran lunga maggiore per la serie operatoria, ma questa risguarda in gran parte donne portate in Clinica nel periodo agonico e morte poche ore dopo la loro liberazione avvenuta

dopo il loro ingresso. Senza voler pretendere che un più pronto intervento dell'arte le avrebbe salvate, come è mia convinzione, non è più logico ammettere che esse sono morte non a causa ma malgrado l'intervento? Perchè aggravare con esse la statistica della serie operatoria? Del resto per chi mi ha seguito nell'esame delle numerose statistiche pubblicatesi in questi ultimi anni, appare evidente che la mortalità dell'eclampsia è diminuita, ed è diminuita per un più largo e *tempestivo* intervento. Cito quella di Zweifel e quella di Chroback e fra noi quella della Guardia ostetrica di Milano, la statistica comparativa della pratica di Inverardi, quella di Bossi.

Ammessa d'altra parte come principio fondamentale, l'influenza benefica dello svuotamento dell'utero sull'andamento della eclampsia, noi dobbiamo nella sua applicazione, aver presente che il pericolo della operazione non sia tale da superare quello per il quale viene intrapresa e che essa sia appunto condotta in modo da escludere ogni violenza, ma dando a questa parola il significato che deve avere realmente e non quello un po' abusato di intervento che esca dai limiti di un'ordinaria applicazione di forcipe o di una versione nelle condizioni le più favorevoli. Ora è appunto nell'applicazione del principio fondamentale e nella estensione di tale principio, la quale può essere diversa nel *tempo* e nel *luogo,* che possono presentarsi divergenze comprensibili. Prima dell'era antisettica egli è certo che noi non potevamo considerare il nostro intervento operatorio alla stessa stregua con cui noi lo consideriamo oggidì, egli è certo che per sè poteva essere causa di grande mortalità in confronto di quanto si osserva oggidì. Se l'antisepsi come tale non sembra aver di molto migliorata la prognosi della eclampsia, può aver contribuito indirettamente al miglioramento realmente verificatosi, rendendo innocue molte operazioni che un tempo erano pericolose. Così pure è ovvio che in una Clinica che dispone di una asepsi completa, di assistenti abili ed istruiti, l'applicazione di tale principio potrà avere maggiore estensione che non nella pratica privata o specialmente in quella delle campagne.

Esaminando quali sieno a tale riguardo le tendenze degli ostetrici italiani attuali, come risultano dalle loro pubblicazioni o dai documenti qui uniti, posso così sintetizzarle affermando che per essi è precetto pressochè generale di provocare il parto, di accelerarlo, di liberare prontamente la donna, quando esistano le condizioni che permettano

di farlo senza gran violenza, e come presso molti di essi vada radicandosi il concetto che convenga creare rapidamente tali condizioni dilatando od incidendo il collo e non rifuggendo in casi estremi anche dal taglio cesareo. A delinearvi ora le mie convinzioni su questo argomento, manterrò la divisione universalmente accettata di eclampsia *post partum*, o puerperale, di eclampsia *intra partum*, di eclampsia *ante partum* o in gravidanza. Ad essa corrisponde un grado differente di frequenza e un pronostico differente. La maggior parte degli autori ammettono come ordine di frequenza, parto, puerperio, gravidanza, mentre altri (Wieger, Charpentier), parto, gravidanza, puerperio. Bailly proponeva, per contro, di sostituire l'ordine seguente: gravidanza, parto, puerperio. Il procento dell'eclampsia in gravidanza rappresentato da Löhlein col 4,7 0[0, da Schauta col 14 0[0, sale con Winckel e con Braun al 23 ed al 24 0[0 e questo procento sembra ancora troppo basso ad Olshausen. Quando si pensa che la maggior parte dei casi di eclampsia cade sotto l'osservazione del clinico quando già si erano manifestati ripetuti accessi e quando si pensi alla rapidità con cui è generalmente ammesso insorga il travaglio nella eclampsia, è lecito dubitare che il procento dato per la eclampsia in gravidanza corrisponda alla realtà. È probabile cioè che alcuni casi di eclampsia che si osservano *intra partum* abbiano avuto inizio nella gravidanza e che le statistiche accennate contemplino non la relativa frequenza colla quale l'eclampsia insorga realmente nella gravidanza o nel parto, ma si riferiscano al momento in cui la eclampsia cade sotto l'osservazione del clinico e consacri quindi il fatto che questi più di spesso osservi casi di eclampsia in parto anzichè in gravidanza.

Nella mia piccola statistica personale (38 casi), questi sono così divisi, in ordine di frequenza: eclampsia in gravidanza con 19 casi e 4 morti, mortalità del 21,05 0[0: eclampsia *intra partum* con 16 casi e 4 morti, colla mortalità del 25 0[0, dovuta essenzialmente al fatto che in tutti e quattro i casi si tratta di donne che avevano avuto a domicilio più di 15-20 accessi e che due di esse portate in istato agonico all'Ospedale vi morivano poche ore dopo il loro ingresso: eclampsia *post partum* con tre casi e nessuna morte. Ed è mia convinzione che una delle circostanze che aggrava la prognosi della eclampsia sia precisamente il fatto che le donne che ne sono affette e che vengono

trasportate in Clinica, non possano ricevere convenienti cure fin dall'esordio della malattia. Il fatto che nella forma ritenuta più grave, ho avuto la mortalità minore è lì a dimostrarlo.

Analizzando del resto la mia statistica, come la ragione lo comporta, tenendo calcolo delle perturbazioni che il caso e serie disgraziate per l'intensità della malattia inducono nel raggruppamento dei dati statistici, non ne viene alterato l'altro principio fondamentale che l'*eclampsia è meno grave in puerperio, più grave in gravidanza,* che si accorda perfettamente coll'altro già stabilito che *lo svuotamento dell'utero influenza beneficamente* l'andamento della eclampsia. In altri termini, secondo le mie convinzioni, quanto più difficile è lo svuotamento dell'utero, tanto più grave è, *caeteris paribus,* la prognosi dell'eclampsia. Come provvedere dunque a questa indicazione ostetrica per me sovrana dello svuotamento dell'utero, cercando che il pericolo dell'operazione non superi quello della malattia. Riassumiamo le principali eventualità che occorrono nella pratica, sia nella eclampsia *intra partum,* che in quella *ante partum.* Quando l'eclampsia scoppia nel corso del travaglio e questo è già avviato e il parto è nel periodo espulsivo, o, se nel periodo dilatante, il collo è dilatato o dilatabile, tutti convengono sulla opportunità di terminare prontamente il parto, ne convengono gli ultra conservatori perchè scorgono in tali casi indicazioni prettamente ostetriche nella eventuale inerzia, nella sofferenza del feto, ecc., ne convengono *a fortiori* quelli che veggono nello svuotamento dell'utero un ottimo mezzo di troncare od attenuare l'eclampsia.

Che se il collo non è sufficientemente dilatato, la gran maggioranza conviene pure sulla opportunità di un intervento più attivo, praticando incisioni multiple sul contorno dell'orificio uterino. Il dissidio comincia a pronunciarsi e ad accentuarsi quando il collo non è dilatato o dilatabile. Ma qui pure abbiamo una grande varietà di casi: ci sono alcuni casi, cioè, in cui il collo è accorciato, permeabile, talmente preparato o rammollato, che i mezzi adoperati per raggiungere quella dilatazione necessaria per la pronta liberazione della donna, perdono ogni carattere di violenza, e del parto forzato non resta in realtà che il nome. A ragione il Rizzoli, piuttosto che forzato, voleva fosse chiamato *parto provocato artificiale istantaneo od immediato.* La dilatazione digitale o la dilatazione strumentale, specialmente col dilatatore Bossi e con quello Tarnier, rappresenta, a mio avviso, un mezzo pronto e

innocuo, punto violento che obbedisce alle indicazioni fondamentali da me poste poco innanzi. Essa è preferibile a mio avviso dal punto di vista dell'antisepsi e da quello del tecnicismo alla dilatazione coi sacchetti di Barnes, col sacco di Champetier de Ribes, col colpeurynter, che il Dührssen in alcuni casi consiglia a preparare le condizioni favorevoli per le incisioni profonde. E a queste la credo anche preferibile perchè meno pericolosa, più facile, egualmente efficace, quantunque meno rapida nella sua azione. Dührssen stesso infatti dichiara che il suo processo è da concedersi soltanto agli specialisti esercitati, ma ciò è in evidente contrasto colla massima fondamentale da lui stabilita di svuotare l'utero *per vias naturales* appena siasi osservato un accesso, poichè è certissimo che poche eclampsiche avranno la ventura di imbattersi in uno specialista che abbia tali requisiti, subito dopo lo scoppio delle prime convulsioni. La mia esperienza d'altra parte mi convince che sarebbe un portare alle estreme conseguenze forse perniciose, un principio che io considero come fondamentale, altamente benefico, lo svuotamento rapido dell'utero mediante un intervento più attivo di quello che non si facesse nei tempi passati e che non si faccia anche oggidì da parecchi ostetrici. Io opino infatti che anche in questa serie di casi i criterii clinici debbano essere guida all'ostetrico il quale sarà volontieri audace, ma solo quando una ben dimostrata necessità desunta dall'andamento della malattia lo esiga. Contrasterebbe a tale massima l'operare fino dal primo accesso. Che se noi esaminiamo la pratica di Dührssen da un punto di vista tecnico, altre obbiezioni di valore si affacciano, il pericolo che le incisioni si estendano, il pericolo della emorragia, la maggior facilità della sepsi. Dührssen combatte la possibilità di estendersi delle incisioni al parametrio, affermando che con quattro profonde incisioni fino alla inserzione vaginale, ciò è affatto impossibile *(ganz unmöglich)* poichè la testa ad una bocca uterina così dilatata passa facilmente senza che gli estremi della incisione siano sottoposti alla minima tensione. Ma a tale affermazione contraddicono i reperti anatomici e l'esperienza, come Herff ha già rilevato, traendone le prove dalle osservazioni stesse di Dührssen, poichè di cinque puerpere esplorate dopo, quattro presentavano estese cicatrici della volta vaginale. Un tale estendersi delle incisioni l'ho osservato io pure in uno dei pochi casi in cui ho ricorso a tale metodo, e che in tali casi l'emostasi possa essere difficile e non ottenersi anche col

tamponamento o colla applicazione provvisoria di Klemmer e che in ogni modo tali lacerazioni favoriscano il manifestarsi di processi settici, mi pare abbastanza ovvio. L'ostetricia italiana ha a tale riguardo una splendida tradizione che già incoraggiava ad un intervento piuttosto attivo.

La storia del parto forzato nella donna agonizzante, è storia in gran parte italiana e dovevano naturalmente presentarsi molteplici le occasioni di praticarlo per eclampsia. E i risultati furono veramente brillanti, tanto più quando si tenga calcolo dell'epoca in cui si ottennero. Così guarirono le donne operate da Golinelli (1843), da Rivani (1850), da Tallinucci (1857), da Finizio (1862), e due casi operava il Valtorta con esito felice (1858-1873) servendosi in uno del colpeurynter, nell'altro della mano e terminando il parto in uno col forcipe, nell'altro col rivolgimento. Un caso felice comunicava il Belluzzi (1863) e un altro più recentemente il Falaschi che si dichiara fidente in tale mezzo e una statistica brillante hanno portato in campo il Bossi, il d'Erchia, il Vitanza al Congresso internazionale di Roma. Nè gli ostetrici che ci hanno preceduto in Italia rifuggivano dalle incisioni profonde per rendere possibile la pronta liberazione della donna. Interesantissima comunicazione a tale riguardo è quella di Parea (1784), e Giovanni Santello, pubblicando nel 1838 la storia di alcuni casi di eclampsia, aggiungeva l'esito felice di una *isterotomia* vaginale, operazione che egli stimava il *principale aiuto nell'eclampsia medesima quando l'utero non possa vuotarsi coi mezzi comuni.* La dilatazione però non sempre riesce, qualche volta la consistenza fibrosa del collo o la sua assoluta impreparazione creano ostacoli che essa può superare difficilmente e la fanno tosto rifiutare. In questa terza serie di casi, in cui il collo non è completamente rammollito, non è permeabile, conserva tutta la sua lunghezza, in cui si tratta insomma di eclampsia manifestatasi in gravidanza, il più di frequente quando questa non è ancora al suo termine ovvero all'inizio del travaglio, ma le contrazioni verificatesi fino a quel punto non hanno apportato alcune modificazioni del collo, non bisogna essere guidati da un'idea preconcetta, assoluta. Pure non perdendo di mira lo scopo nostro precipuo di liberare prontamente la donna, dobbiamo subordinare la nostra condotta a molte circostanze, fra cui specialmente, *la gravità del caso,* rilevataci dalla temperatura, dal polso, dai caratteri della secrezione renale, dal numero e dalla successione più o meno ra-

pida degli accessi, eventualmente dalla tossicità del siero sanguigno, l'*influenza del trattamento medico esperito,* iniezioni di morfina che ad alte dosi ed all'*inizio dell'eclampsia* hanno la mia preferenza, cloralio, salasso, veratrum viride, l'*esistenza di eventuali complicanze* che si riferiscano alla presentazione, alla pelvi, alla esistenza di tumori, allo stato dei genitali esterni, l'*epoca della gravidanza, la vita del feto.* In ogni caso, si dovrà poi, secondo la mia convinzione, rompere le membrane, vale a dire provocare il parto, regolandosi poscia a seconda dell'andamento del parto e della malattia. In 18 casi di eclampsia in gravidanza così trattati, ebbi tre morti, una mortalità cioè del 16,66 0[0, inferiore quindi alla mia mortalità totale, inferiore alla mortalità rilevata anche in alcune delle migliori statistiche.

In tali circostanze all'ostetrico sopracchiamato al primo scoppio della eclampsia, consiglio di praticare una iniezione di morfina di 0,03 gr., facendola seguire da una seconda se l'accesso si ripete e di rompere le membrane. Se la gravità del male, ciò malgrado, si accentua o se è tale da richiedere pronti provvedimenti, e in questo frattempo il collo non si è punto modificato, il che deve essere rara eventualità come la mia esperienza dei 18 casi accennati mi fa presumere, l'ostetrico si troverà nella dura alternativa di scegliere tra il taglio cesareo o la liberazione per via naturale preceduta dalla dilatazione forzata o dalle incisioni alla Dührssen. Ho già indicato i criterii che potranno far propendere l'ostetrico per una via piuttostochè per l'altra. La vita del feto e le probabilità maggiori o minori della sua sopravvivenza, avranno un peso notevole nelle nostre decisioni, ma indipendentemente da essa l'esistenza di stenosi pelvica o di complicanze, o le difficoltà riputate gravissime nel caso concreto della liberazione per le vie naturali, potranno farci accettare con animo sereno il taglio cesareo, sicuri di giovare meglio alla vita della madre col nostro ardito intervento che colla nostra neghittosa aspettativa. L'esperienza acquisita col taglio cesareo, indipendentemente dalle speculazioni teoretiche a cui ha dato luogo, ci dimostra ancora una volta la bontà del principio informatore della terapia ostetrica. Secondo una statistica di Döderlein sopra 19 eclampsiche così operate guarirono 11, ma quando si analizzano le cause di morte negli otto casi non seguiti da esito felice e si rifletta in quali casi ed in quali circostanze si compia il taglio cesareo, si scorge tosto come questo possa rappresentare una benefica risorsa anche in casi di-

sperati. Le cause di morte furono infatti 1 volta peritonite settica (Halbertsma con sutura uterina, il caso rimonta al 1878), 1 volta emorragia cerebrale (Müller), 1 volta tubercolosi miliare († 13 giorni dopo l'operazione, Wertheim), 1 volta per ernia († 11 giorni dopo l'operazione, Staude), 4 volte edema polmonare (tre erano agonizzanti, Czempin, Swiecicki, Rosthorn). Recentemente il taglio cesareo venne praticato in condizioni gravissime con esito felice da un mio assistente, dal dott. Decio.

Riassumendo il mio pensiero, pur accettando i benefici effetti del trattamento medico, rappresentato specialmente dall'iniezione di morfina, dal cloralio, dal salasso, dal *veratrum viride,* del quale ultimo non ho esperienza personale, ma che è lodatissimo dagli ostetrici americani, esso deve essere col trattamento ostetrico in un rapporto inverso di quello stabilito dagli ostetrici conservatori. Per questi, il trattamento ostetrico è complemento del trattamento medico e non è in certo modo che la conseguenza di indicazioni ostetriche. Per me e per quelli che prediligono un trattamento ostetrico più energico, questo occupa il primo posto, rappresenta una vera indicazione del morbo e il trattamento medico lo fiancheggia, lo prepara, lo aiuta.

Da quanto venni fin qui dicendo mi paiono giustificate le seguenti conclusioni:

1.° La terapia preventiva è altamente benefica rimuovendo quelle condizioni che sono probabilmente l'espressione dell'auto-intossicazione gravidica, e lo è tanto più quanto più si allarghi la cerchia di tali condizioni, comprendendovi innanzi tutto l'albuminuria, specialmente nelle primipare, ma altresì molti disturbi gastrici, sensorii, nervosi. Il latte, coadiuvato dai mezzi atti a disinfettare il contenuto intestinale, ad aumentare la diuresi, a migliorare la funzionalità della pelle, a stimolare l'azione cardiaca, costituisce il rimedio sovrano contro l'eclampsia allo stato virtuale.

2.° Il trattamento medico, sia esso rappresentato dal salasso, ovvero dai drastici, dalla morfina, dal cloralio, dal cloroformio, dal *veratrum viride,* dai diaforetici, è trattamento essenzialmente sintomatico anzichè una vera e propria cura del morbo. Esso costituisce ad ogni modo l'unico trattamento possibile nella eclampsia *post partum,* ed è un sussidio prezioso in attesa delle condizioni che permettano l'intervento

ostetrico. Il salasso seguito da iniezioni sottocutanee o endo-venose di soluzione fisiologica di cloruro di sodio è metodo terapeutico che poggia su considerazioni razionali ed ha fatti clinici a suo favore, ma questi sono troppo scarsi e non ne permettono sinora un adeguato apprezzamento.

3.° Il pronto svuotamento dell'utero costituisce il punto più importante del trattamento dell'eclampsia, ma esso deve essere naturalmente contemperato da una parte colla gravità del caso, dall'altra coi pericoli dell'intervento.

4.° Nella eclampsia *intra-partum* è buona regola terminare il parto quando ci sieno le condizioni permittenti e anticipare queste mediante incisioni multiple del collo, quando questo sia scomparso e la dilatazione non sia sufficiente.

5.° Nella eclampsia in gravidanza è indicata la provocazione del parto mediante la rottura delle membrane e l'uso della morfina o del cloralio o del *veratrum viride* ad alte dosi, utili, tanto più quanto più sono somministrati in vicinanza dello scoppiar della eclampsia, finchè ci sieno le condizioni indicate al N. 4. Se il caso fosse grave, il pericolo impellente e malgrado la rottura delle membrane associata ai mezzi indicati non si avesse speranza di poter temporeggiare fino a scomparsa del collo e ad incipiente dilatazione, se il collo è accorciato e rammollito, la dilatazione forzata può a mio avviso trovare più estesa e facile applicazione che le incisioni profonde alla Dührssen. Nei casi della stessa categoria in cui il collo fosse anche impreparato o esistessero condizioni che rendessero particolarmente difficile o controindicato l'accennato intervento, il taglio cesareo può avere la sua giustificazione, specialmente quando il feto fosse a termine e vivo.

6.° Ogni nostro intervento deve essere fatto nella narcosi cloroformica profonda.

APPENDICE I.

Non credo superfluo, poichè l'esperienza italiana sul trattamento dell'eclampsia, deve essere presentata agli stranieri, il riassumere qui le opinioni di alcuni scrittori di cose ostetriche, non più viventi, della fine del secolo passato o del secolo attuale, venendo fino al 1870. Da questa epoca la letteratura italiana è in generale più conosciuta e gli schemi riuniti possono (vedi Appendice III) esprimere l'esperienza di una parte almeno degli ostetrici viventi:

Bertrandi (« Opere anatomiche e cerusiche, » Torino, 1790. Tomo VIII. « Arte ostetrica, ») al § 141 così si esprime: « Le convulsioni, non » meno che le emorragie possono obbligare l'ostetricante a procurare » il parto con forza, quando usati i più efficaci antispasmodici, esse » pure non cessano, che infine sotto quelle scosse potrebbe morire colla » madre il feto. »

Nessi (Giuseppe) (« Arte ostetrica teorica pratica, » Venezia, 1797), scrive che « nelle convulsioni del genere delle epilettiche o soporose » si deve tosto fare il parto sforzato, tirando il feto per i piedi o col » forcipe se la testa è già discesa nello scavo della pelvi, se si vogliono » salvi la madre ed il feto. »

Asdrubali (Francesco) (« Trattato generale di ostetricia teoretica e pratica, » II ediz., Roma, 1812, tomo IV), si loda molto del salasso, consigliandolo anche alla giugulare secondo il consiglio di Puzos, del sanguisugio e dell'oppio, del bagno. Raccomanda di operare con prontezza col rivolgimento o col forcipe secondochè la testa è libera o discesa nello scavo. « Se dopo l'operazione, » egli scrive « non appare migliora- » mento sarà pessimo indizio. »

Bigeschi (Giovanni) (« Elementi di ostetricia, » Firenze, 1819), distingue le convulsioni in parecchie categorie: quelle che dipendono da ingorgo di sangue al cervello esigono la pronta estrazione del feto, ma prima di operare si può rendere necessario di far levare una buona dose di sangue dal braccio.

Bongiovanni (Paolo) (« Lezioni elementari di ostetricia teorica e pratica, » II ediz., Pavia 1826), scrive (pag. 308) che nei casi di convulsioni eclampsiche « la levatrice deve ricorrere prontamente al soccorso

» medico chirurgico, perchè diventano indispensabili le replicate cac-
» ciate di sangue e la pronta terminazione del parto, qualora vi esistano
» a ciò le favorevoli indicazioni. »

Lamprecht (Rodolfo) (« Manuale di ostetricia teorica e pratica per le alunne levatrici, » Padova, 1840, parte II), premesse le precauzioni che si devono avere nell'assistere una donna colpita da convulsioni eclampsiche, consiglia le fomentazioni e le pozioni aromatiche e le iniezioni di egual natura in vagina e nel retto, l'applicazione di senapismi alle coscie. Giova pur molto lo svuotamento della vescica urinaria. Se non si ottiene un sensibile vantaggio e la bocca uterina è sufficientemente aperta si pungono le membrane, se malgrado questi ultimi mezzi persistono le convulsioni, non rimarrà altro se non effettuare artificialmente il parto o colla estrazione podalica, o col rivolgimento, o col forcipe. L'autore insiste di non operare durante l'accesso convulsivo. Non fa parola di sottrazioni sanguigne.

Lovati (Teodoro) (« Manuale di ostetricia minore, » Milano, 1843), scrive (pag. 277) « che l'eclampsia è una affezione molto grave che ter-
» mina spesso colla morte della donna e si deve quindi ogni cosa ten-
» tare per impedire la comparsa o la ricomparsa degli accessi, ricor-
» rendo al salasso generale o locale al capo, ai bagni freddi alla testa,
» od alcuni rimedi interni anticonvulsivi, *provocando anche il parto anti-*
» *cipatamente* o terminandolo ad arte con una operazione manuale od
» istrumentale se il travaglio fosse già dichiarato. »

Timermans (Giuseppe) (« Sull'eclampside od eclampsia, » Torino, 1854), viene, rispetto alla cura, a conclusioni, di cui riporto le principali:

I salassi generali e locali sono i migliori soccorsi che si possono adoperare nella eclampsia. Essi giovano nel tempo degli accessi e prima e dopo di essi.

Le sottrazioni di sangue possono essere fino ad un certo punto sostituite dai rivulsivi cutanei ed intestinali, ma questi meglio giovano ed in modo più sicuro, se adoperati di conserva coi salassi.

Gli antispasmodici in genere possono essere utili ed in alcuni casi anche necessari, vanno però sempre adoperati con una certa cautela e senza pregiudizio degli altri argomenti terapeutici.

Nella gravidanza e nel parto, lo svuotamento dell'utero è sovente indicato, devono però precedere sempre i mezzi ordinari, i quali se possono far risparmiare talvolta le operazioni ostetriche, ne assicurano poi sempre l'esito quando sono necessarie.

Pastorello (Luigi) (« Trattato di ostetricia, » Pavia, 1854, vol. I), raccomanda caldamente le abbondanti cacciate di sangue, alle quali attribuisce di aver guarito le otto donne eclampsiche che aveva fino

allora assistite, ed il bagno freddo anzi gelato alla testa, e combatte invece aspramente l'uso degli oppiati, all'azione nociva dei quali ascrive le cifre umilianti di morte per eclampsia nelle varie statistiche. Riguardo all'intervento ostetrico crede che non si possa stabilire una regola generale applicabile ad ogni caso: la durata e l'intensità delle contrazioni, la maggiore o minore facilità con cui si può compiere l'estrazione del feto, serviranno di guida al medico pratico. Se gli accessi sono lunghi, frequenti, seguiti da coma imponente e non si calmano colla flebotomia e col bagno ghiacciato alla testa, l'intervento ostetrico è più che giustificato, a meno che la bocca dell'utero, sia ancora così ristretta da render l'operazione più pericolosa della malattia per la quale viene intrapresa. Una particolare indicazione ad un pronto intervento, date le condizioni permittenti, si ha nel caso che gli accessi comparissero ad ogni contrazione uterina, nel qual caso si può sospettare che l'eclampsia sia mantenuta da irritazione della matrice.

Balocchi (Vincenzo) (« Ostetricia per gli studenti di medicina e chirurgia e per gli esercenti, » IV ediz., Milano, 1871), si diffonde sulla terapia dell'eclampsia e da precetti che vediamo riprodotti in questi ultimi tempi. Riguardo alla cura evacuante ed al salasso nota come non sieno stati lasciati da alcuno dei grandi pratici viventi malgrado non si accomodino con alcune idee moderne sulla natura del morbo, e del cloroformio scrive che in una scienza ed arte tutta sperimentale devesi cedere alla evidenza dei fatti. Quando i rimedi non valgono, se l'eclampsia è scoppiata in gravidanza e questa trovasi al di là del 6.° mese conviene intervenire attivamente. Egli è anzi del parere che convenga intervenire col parto forzato dilatando il collo coi dilatatori o colle incisioni multiple. Non crede conveniente il parto provocato semplice colla puntura delle membrane o colla spugna preparata, perchè con questi mezzi si viene a perdere un tempo prezioso. *In sopraparto* il precetto di terminare il parto, tostochè si può fare senza grandi violenze, ha la sua approvazione: se il sopraparto è molto inoltrato quando si dichiara il primo accesso, si può lasciare il parto alla natura, ma se gli accessi fossero frequentissimi e la perdita dei sensi prolungata e profonda, bisogna affrettarsi ad estrarre il feto, ricorrendo a seconda dei casi al forcipe o al rivolgimento. Se il collo è incompletamente dilatato consiglia la rottura delle membrane. Chè se l'eclampsia sopraggiunge al principio del travaglio e per la sua imponenza mette in grave pericolo la malata, dopo aver tentato di dilatare il collo colla pomata di bella donna o mediante una irrigazione continua sul collo uterino di un decotto di parecchi litri con foglie secche di bella donna, nella proporzione di 7 grammi al litro, ovvero collo strumento di Tarnier, o colle spugne preparate o meglio coi dilatatori di Barnes o col colpeurin-

ter di Braun, bisogna ricorrere al parto forzato, agendo dolcemente e gradatamente per far penetrare la mano nel collo. Se però la resistenza e la irritazione di queste fossero assai grandi, si ricorra senz'altro alle incisioni del collo, compenso adoperato tante volte senza accidenti.

Sante Sillani (« Nuovo trattato teorico pratico di ostetricia, » 2.ª ediz., Milano 1871), scolaro dell'Asdrubali nella cura dell'eclampsia sostiene i due precetti, salasso generale e locale e svuotamento dell'utero. Di 12 casi da lui osservati potè salvare 9 partorienti, in 5 applicò il forcipe, in 3 fece il rivolgimento. I tre casi di morte avvennero per difficoltà del secondamento. Non è fautore dei vescicanti, è contrario all'uso dell'oppio. Accetta anche la provocazione del parto nell'eclampsia delle gravide.

Esterle (Carle) (« Manuale di ostetricia, » 2.ª ediz. ad uso specialmente delle levatrici. Milano, 1878). « Il mezzo più sicuro per vincere » queste convulsioni così terribili è l'evacuazione dell'utero. Perciò » sarà necessario ove insufficienti riescissero gli altri mezzi, di solle- » citare il parto o di praticare l'estrazione del feto ogni qual volta si » scorgesse un manifesto pericolo di vita per la madre. »

Macari (Francesco) (« Ostetricia, ginecologia e pediatria, » Genova, 1880), riguardo al trattamento medico enumera il salasso generale e locale, il ghiaccio sul capo, il cloroformio, l'idrato di cloralio, i drastici. La cura ostetrica poggia sul grado di dilatazione dell'orificio uterino. Se durante l'accesso l'orificio è ben dilatato ed il travaglio progredisse si lasci il parto a sè; se il sopraparto è lento si rompa il sacco. Se la donna è primipara, il collo scomparso, le acque colate, il travaglio lento, la testa in alto, mobile, si ricorra al rivolgimento; se impegnata, al forcipe evitando sempre le violenze. Il Macari non loda il parto forzato, se l'eclampsia comparisse dopo la espulsione del feto bisogna estrarre prontamente la placenta ed i grumi contenuti nell'utero.

Minati (Carlo) (« Ostetricia minore, » Milano, 1881), indicate le cautele che deve mettere in atto la levatrice la consiglia a ricorrere al medico, « il quale spesso ricorrerà al parto forzato. » In casi estremi autorizza la levatrice, se le condizioni lo permettono, ad estrarre il feto col rivolgimento.

APPENDICE II.

Quadri statistici indicanti la mortalità della eclampsia nella Maternità e Scuola di Ostetricia di Milano dal 1864 al 1879, con esclusione degli anni 1871-72 e nella Clinica ostetrica di Pavia dal 1819 al 1896.

Maternità e Scuola di Ostetricia in Milano.

Anni	Parti			Eclampsia			
	Primip.	Plurip.	Mortal. compl.	Primip.	Plurip.	Mortal.	
1864	307	247	28	6	1	—	« Prospetto clinico della R. Scuola di Ostetricia in Milano » diretto dal professor P. Lazzati, compilato dal dott. G. Casati.
	554						
1865	311	224	57	6	—	3	Idem.
	535						
1866	478		19	3	1	2	Idem.
1867	427		29	5	—	2	Idem.
1868	425		24	3	1	2	Idem.
Biennio 1869-70	636		30	2	—	1	« Il biennio 1869-70 alla Maternità di Milano. » E. Porro, Milano, 1872.
Biennio 1873-74	608		....	4	—	1	« Il biennio clinico 1873-74 nella R. Scuola di Ostetricia in Milano, » diretta dal prof. D. Chiara, compilato dal dott. G. Chiarleoni.
Quinquennio 1875-79	819	676	101	6	1	3	L. Mangiagalli. « Il quinquennio 1875-79 nella Clinica ostetrica di Milano, diretta dal professor cav. D. Chiara.
	1495						
	5158		288	35	4	14	
				39			

Clinica ostetrica dell' Università di Pavia

dal 1819 al 1896.

Anni	Parti				Eclampsie				Professori od Incaricati direttori della Clinica ost. di Pavia
	Primipare	Pluripare	Mortal. compless.	Percent. della mortalità	Primipare	Pluripare	Mortalità	Percent. della mortalità	
Dal 1819-20 al 1825-26	284	191	17	3,58 %	—	—	—	—	Bongiovanni.
» 1826-27 » 1831-32	328	274	34	5,64 »	3	—	—	0 %	Bongiovanni-Lovati.
» 1832-33 » 1837-38	365	247	40	6,53 »	5	1	2	33 »	Lovati.
» 1838-39 » 1843-44	423	283	60	8,49 »	—	2	1	50 »	Lovati.
» 1844-45 » 1850 .	386	258	64	9,94 »	6	—	2	33 »	Lovati.
» 1850 » 1854-55	293	143	41	9,40 »	3	—	—	0 »	Lovati-Casazza-Pastorello.
» 1855-56 » 1859-60	327	248	26	4,52 »	2	1	1	33 »	Pastorello.
» 1860-61 » 1864-65	364	258	17	2,73 »	3	1	1	25 »	Lovati.
» 1865-66 » 1869-70	394	318	25	3,51 »	4	—	—	0 »	Lovati.
» 1870-71 » 1875-76	450	375	40	4,84 »	4	—	1	25 »	Lovati-Cazzani.
» 1876-77 » 1879-80	273	215	13	2,66 »	2	—	1	50 »	Porro.
» 1880-81 » 1882-83	88	85	3	1,73 »	2	—	—	0 »	Porro-Guelmi.
» 1883-1896	596	736	44	3,30 »	17	8	6	24 %	Cuzzi (1883-1894). Mangiagalli (1894-1896)
					51	13	15	23,43	

APPENDICE III. — Statistica Italiana (1).

Fonte della comunicazione	Totale delle nascite		Mortalità generale materna		N.° dei casi di eclampsia		Mortalità materna per eclampsia		Mortalità dei feti n. da madri eclamps.	Operazioni. Altri trattamenti	Osservazioni
	Ipare	+pare	Ipare	+pare	Ipare	+pare	Ipare	+pare			
Mangiagalli. Comparto ostetrico ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano, dall'Ottobre 1888 al 30 Giugno 1895.	174	842	81		24	14	7	1	21	Vennero praticate le seguenti operazioni: Provocazione di parto 13 Rivolgimento . . . . 1 Sbrigliamento del collo 7 Dilatatore Bossi . . . 1 Forcipe . . . . . 8 Rivolgimento . . . . 1 Embriotomia . . . . 5 Secondamento artificiale 1 Operazioni 37 Divise in 30 osservazioni, poichè in 8 casi il parto fu spontaneo; fu pure spontaneo in 10 casi in cui lo si era provocato. Morfina, cloralio, drastici, rare volte salasso, ipodermoclisi.	Non vi si accolgono che gravide ammalate e ciò spiega l'elevata mortalità generale rappresentata dalle seguenti cause: itterizia 1, leucemia 1, porpora emorragica 4, mola vescicol. 2, gozzo 1, ileotifo 5, gravid. extrauter. 2, cancro del retto 1, flebite 1, frattura del femore 1, cancro mammario 1, scottature 1, tubercolosi polmon. 10, pleurite 2, influenza 2, pericardite 1, polmonite 3, piopneumotorace 1, cardiopatie organiche 3, placenta previa 1, meningite 5, embolismo 1, idramnios 1, cachessia palustre 4, enterite 2, nefrite 14, eclampsia 8. Nei 18 casi di parto spontaneo o provocato, ma compiutosi poi spontaneamente si ebbe un solo caso di morte (parto spontaneo).
	1016										
Clinica ostetrica di Pavia, dal 1883 al 1894 (prof. Cuzzi), 1894-95, 1895-96 (prof. Mangiagalli).	596	736	17	27	17	8	5	1	4	4 provocazioni di parto, 5 forcipe, 1 craniotomia. Cloralio, salasso, sanguisugio.	Le morti sono dovute in massima parte a malattie mediche complicanti la gravidanza.
	1332		44		25		6				

N. B. — Ringrazio qui sentitamente i colleghi che mi hanno favorito le notizie qui contenute.

Fonte della comunicazione	Totale delle nascite		Mortalità generale materna		N.° dei casi di eclampsia		Mortalità materna per eclampsia		Mortalità dei feti n. da madri eclamps.	Operazioni. Altri trattamenti	Osservazioni
	Ipare	+pare	Ipare	+pare	Ipara	+pare	Ipara	+pare			
Guardia ostetrica di Milano, dal 1887 al 1895. Comunicaz. del dott. Ferri.	2936	3660	51		46	25	7	6	19 di cui 10 al 7.°-8.°-9.° mese; 9 dal 4.° al 6.°	In 43 casi fu necessario l'intervento operatorio; provocazione parto 12; forcipe 9; estrazione podalica 2; provocazione parto e forcipe 5; idem e rivolg. 3; idem, dilatatore Bossi e rivolg. 1; idem, dilatore Tarnier e craniotomia 2; idem, dilatatore Bossi e craniot. 1; idem, dilatatore Bossi e forcipe 1; dilatatore Bossi e forcipe 3; dilatatore Tarnier e forcipe 2; dilatatore Bossi e rivolg. 2. *Altri trattamenti*: narcosi cloroformica 7 con madri vive 6 e morti 1; salasso 7 con madri morti 4 e vive 3; mignattazione 2 con donne morte 1 e vive 1: iniezioni di morfina, clisteri di cloralio, bromuro, ghiaccio sul capo.	Fra i 71 casi accennati, havvene 20 *post partum* con 3 morti, 51 in gravid. o *intra partum* con 10 morti, di cui 2 spettanti a primipara e agli otto parti spontanei, otto ai 43 casi in cui si intervenne, e di essi tre spettano a Ipara, 5 a pluripare.
	6596		0,77 0[0				13				
Fabbri. Clinica ostetrica di Modena. (Nell'ultimo decennio).	501		13		12	3	2	0	9	9 forcipe. 1 craniotomia, cranioclaste. 2 dilatatore Barnes. 2 provocazione parto. 1 taglio cesareo su agonizzante. Clisteri bromuro e cloralio, cloronarcosi, drastici.	Delle 13 morte, 1 per eclampsia, 1 per polmonite, 1 oper. di taglio cesareo per peritonite, 1 entrata in clinica con distacco di utero, 1 per cardiopatia, 1 per avvelenamento di sublimato, 1 per shock (pelvi viziata, fibroma rammollito craniotomia, cefalotomia) 4 tubercolosi, 1 placenta previa.

Fonte della comunicazione	Totale delle nascite		Mortalità generale materna		N.° dei casi di eclampsia		Mortalità materna per eclampsia		Mortalità dei feti n. da madri eclamps.	Operazioni. Altri trattamenti	Osservazioni
	Ipare	+pare	Ipare	+pare	Ipare	+pare	Ipare	+pare			
Dott. Salvatore Levi. Padova, Policlinica. Comunicaz. epistolare.	198		non indicata		1	3	1	0	1 morto	1 dilatazione, digitale, forcipe. 2 cloralio, latte. Continua gravidanza, parto spontaneo. 3 dilatat. Bossi, forcipe Barnes. 4 dilatatore Bossi, craniotomia, cranioclaste. †	—
Profess. Pestalozza. Firenze, 1890-95 inclusi.	1171	2337	20	41	11	12	6	5	14 6 Ipare 8 +pare	1890: 1 craniotomia e cranioclastia, † 1891: 1 forcipe, guar.; 1 estrazione manuale, guar.; 1 forcipe, rivolg., guar. 1892: 1 forcipe 1.° feto, estraz. podal. 2.°, †; 2 forcipe allo stretto sup., guar.; 3 forcipe idem, †; 4 rivolgim., guar.; 5 espulsione, guar. 1893: 1 estraz. manuale, guar.; 2 forcipe, guar.; 3 estraz. podalica, guarig.; 4 forcipe, † Salasso, cloralio, cloronarcosi, morfina, drastici.	—
	3508										
Truzzi. Clinica ostetrica Parma, anno 1894-95.	101	78	0	0	6	0	0	0	2 (su 7)	1 parto prematuro. 1 forcipe stretto superiore. 2 forcipe scavo. 1 forcipe con isterostomatomia. 1 espress. uterina e rettale. Cloralio, drastici, morfina, diaforetici, ipodermoclisi.	Fra i 179 parti n. 3 gemellari, nei 6 casi di eclampsia, 1 parto gemellare, in questo il 2.° feto nacque morto, il 1.° fu estratto col forcipe.
Raineri. Maternità. Vercelli, dal 1890 a fine Marzo 1896.	675		1,75 0[0		2		0		0	1 forcipe. Dieta lattea, cloralio.	—
Acconci. Clinica ostetrica Genova.	188	356	6		3		0		1	In tutti i 3 casi dilatazione Barnes, Tarnier: in 1 caso dilatazione forzata, rivolgimento, cranioclaste: drastici, cloralio.	Le cause di morte sono così ripartite: 1 per tuberc. polm., 1 per saproemia, 1 per collasso (taglio ces. vaginale per carcin. del collo), 2 per endocard., 1 per peritonite in corso in bacino osteomalac.
	544										

Fonte della comunicazione	Totale delle nascite		Mortalità generale materna		N.° dei casi di eclampsia		Mortalità materna per eclampsia		Mortalità dei feti n. da madri eclamps.	Operazioni. Altri trattamenti	Osservazioni
	Ipare	+pare	Ipare	+pare	Ipare	+pare	Ipare	+pare			
Inverardi. « Sulla cura della eclampside. » *Ann. di Ostetr.*, Maggio 1895. Clinica di Padova dal 1887 al 1896.	—	—	—	—	11	5	2	3	—	—	Inverardi riferisce 27 casi nella sua memoria, ma 11 si riferiscono a prodromi di eclampsia. Ora pur convenendo che le forme prodromiche possano, debbano anzi accomunarsi clinicamente, da un punto di vista generale, alle forme conclamate, credo sia opportuno in un lavoro di questo genere che deve basare su osservazioni uniformi, di non tener calcolo che dei casi in cui si verificò la forma convulsiva della eclampsia. L'Inverardi nel suo lavoro sostiene la teoria fetale e fa confronti ed osservaz. a favore della pronta liberazione.
					16		5				
Bossi. Clinica ostetrica di Genova (2 anni), idem di Novara (1 anno). Guardia ostetrica Genova (4 anni), pratica privata.	875	1825	14		33	13	2	1	7	Parto prematuro, parto forzato col dilatatore Bossi che venne applicato 22 volte, di cui in Ipare 15, in +pare 7. Prima ricorre però al salasso, ai purganti, alla morfina, alla narcosi cloroformica, alla enteroclisi di soluzione fisiologica di cloruro di sodio.	In questa serie di 22 casi operati col parto forzato 1 donna morta, 3 feti morti.
	2700				46						

Fonte della comunicazione	Totale delle nascite		Mortalità generale materna		N.° dei casi di eclampsia		Mortalità materna per eclampsia		Mortalità dei feti n. da madri eclamps.	Operazioni. Altri trattamenti	Osservazioni
	Ipare	+pare	Ipare	+pare	Ipare	+pare	Ipare	+pare			
Negri. Maternità di Venezia. Novennio 1887-95.	738	1936	7	13	20	10	3	1	7	5 interruzione gravidanza. 1 estrazione forzata di feto abortivo. 2 isterostomatomia. 5 estrazione manuale. 10 forcipe nello scavo od allo stretto inferiore. 1 craniotomia e cranioclastia. Cloralio usato molto largamente da 6 a 15 gr. al giorno, morfina, drastici, ossigeno, latte.	Nei feti morti sono messi i morti, premorti, abortivi. Gravidanza gemellare 2.
	2674		20		30		4				
Della Torre. Comunicazione epistolare, pratica privata.	Non indicata				2	3	0	0	5 vivi, 1 † (in 1 caso, trattandosi di gr. gemellare).	Forcipe una volta, versione una volta, trattamento medico, bagni caldi, latte, purganti, cloroformio, cloralio.	Entrambi le operazioni nel caso di gravidanza gemellare.
Pasquali. Clinica ostetrica di Roma dal 1.° Gennaio 1881 al 30 Giugno 1896.	4455	7817	27	57	20	9	5	3	11 in utero, 19 nati vivi (1 caso gravid. gemellare).	Il parto o provocato o accelerato.	Nella mortalità generale sono comprese le malattie estranee alle gravid. o al puerperio.
Tibone. Clinica ostetrica di Torino dall' Ottobre 1883 al 16 Luglio 1896.	7474		90		34	15	11	6	34	Purganti, latte, cloralio, parto prematuro nel periodo prodromico, ad eclampsia dichiarata, cloronarcosi, cloralio, salasso ipodermoclisi, interruzione sollecita della gravidanza, forcipe (11), craniotomia (7) e quanto può sollecitare lo svuotamento dell'utero, parto provocato 10 casi, aborto 3, 1 volta il parto forzato.	La maggior parte delle donne viene portata in Clinica ad eclampsia conclamata e molte in condizione disperata.
			1,23 0[0		49		17		69,3 0[0		

APPENDICE IV. — Particolari rispetto ai casi osservati personalmente dall'Ottobre 1888 al Giugno 1895 nel Comparto ostetrico-ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano.

Numero progr.	Nome anno, mese	Età. Para	Parti anteced. Pelvi. Complic. event. Presentazione	Accessi prima dell'ingresso e dopo avanti il parto	Urine	Terapia medica	Trattamento ostetrico	Accessi dopo il parto. Esito per la madre	Feto
1	Rusconi Rosa, Maggio 1889.	20 IIpara	1 normale a 18 anni, feto mostruoso con idronefrosi bilaterale. Ov. podalico, principio IX mese.	6 accessi prima dell'ingresso.	Albuminuria abbondante, scarsi cilindri.	Morfina, acquavite alemanna.	Uncino acuto, estrazione a 8 cm. di dilatazione.	Altri 10 accessi dopo la liberazione. Guarita.	Premorto, peso 1770 senza il liquido.
2	Cataruzzi Stella, Giugno 1889.	24 IIIpara	Parti anteced. normali. Vertice principio IX mese.	Portata in Clinica istato di coma. 4 acc. antec., altri 6 acc. in comp. V.	Albuminuria abbondante, non cilindri.	Morfina.	Parto spontaneo.	Un accesso dopo il parto. Guarita.	Peso 2300, vivo.
3	Portalupi Maria Settembre 1889.	23 Ipara	Da 13 giorni cefalea, vista annebbiata, urine scarse. Vertice.	Provocazione parto, accessi eclampsici in travaglio.	Albuminuria abbondante.	—	Isterostomatotomia, forcipe.	Non ebbe più accessi. Guarita.	† peso 1400.
4	Cova Carolina Ottobre 1889.	25 Ipara	Vertice, prima metà, IX mese.	14 accessi a domicilio, numerosi accessi incalzantisi appena entrata, coma continuo.	Urine scarsissime molto albumin.	Cloralio.	Isterostomatotomia a 4 cm., forcipe.	† 4 ore dopo la liberazione, senza che si risvegliasse dal coma.	In avanzata macerazio- 2600.
5	Strada Marietta Ottobre 1889.	20 Ipara	Vertice.	Numerosi accessi a domicilio, oltre 20, portata in istato di coma profondo.	Intensamente albuminuriche.	Salasso, cloralio.	Isterostomatotomia a 5 cm., forcipe allo stretto sup.	† per polmonite, non più rinnovati gli accessi.	† peso 3340.
6	Brambilla Maria Novembre 1889.	19 Ipara	Vertice.	Più di 15 accessi a domicilio, accessi incalzanti appena entrata.	Albuminuria.	Purganti.	Parto spontaneo.	Non si ripetono gli accessi † per polmonite.	† peso 1800.
7	Cantoni Adele Gennaio 1890.	25 Ipara	Vertice, IX mese.	Dal giorno innanzi acc. che si ripet. ogni ora. Collo non modif., 3 acc. appena entrata.	Albuminuria.	Latte.	Candeletta nella cavità uterina, forcipe nello scavo.	Non più accessi dopo il parto. Guarita.	Vivo, 2850.
8	Ferrari Ida, Aprile 1890.	18 Ipara	Vertice.	Eclampsia in gravid.	Molto albuminuriche.	Latte, strofanto, acq. alemanna.	Provocaz. aborto.	Non più accessi. Guarita.	† 6.° mese.

Numero progr.	Nome anno, mese	Età. ?para	Parti anteced. Pelvi. Complic. event. Presentazione	Accessi prima dell'ingresso e dopo avanti il parto	Urine	Teraria medica	Trattamento ostetrico	Accessi dopo il parto. Esito per la madre	Feto
9	Pizzoni Barbara Maggio 1890.	23 Ipara	Vertice.	A domic. parec. acc., portata in comp. in coma.	Alb. 10 0|0 in vol. scarsi cil.	Morfina.	Provocaz. di parto.	Non si rinnov. gli accessi. Guarita.	† peso 750,
10	Tindarini Rid. Maggio 1890.	20 Ipara	Vertice, 9.° mese.	20 accessi convulsivi. In travaglio.	Senza albumina.	Morfina.	Parto spontaneo.	Non ebbe più accessi. Guarita.	Vivo, peso 3200.
11	Ricardi Eugenia Agosto 1890.	21 Ipara	Vertice, 8.° mese.	Numerosi accessi convulsivi.	Albuminuria.	Purganti, morfina.	Provocaz. di parto, parto spontaneo.	Non ebbe più accessi. Guarita.	Vivo, peso 1800.
12	Rancilio Natalia.	18 Ipara	Vertice, 7.° mese.	Numerosi accessi con perdita della coscienza prima dell'ingresso. È in travaglio, la testa al perineo.	Albuminuria.	Latte, morfina.	Parto spontaneo.	Non ebbe più accessi. Guarita.	Vivo, peso 1000.
13	Bolognini Ter. Settembre 1890.	37 Vpara 8.° mese	Due a termine con edemi e dispnea, due aborti. Da un mese edemi e dispnea.	All'ingresso è all'inizio del travaglio, 6 accessi incalzantisi.	Gravemente albuminuriche.	Morfina.	Isterostomatotomia a 5 cm., forcipe.	Non ebbe più accessi. Guarita.	Vivo, peso 1920.
14	Gariboldi Santina, Ott. 1890.	22 Ipara	Vertice.	Convulsioni cominciate 4 giorni prima dell'ingresso (?) Coma profondo e violenti accessi eclampsici.	Grave albuminuria.	Morfina, acquavite alemanna.	Parto spontaneo.	Non ebbe più accessi. Guarigione.	In avanzata macerazione, peso 1500.
15	Lazzati Maria Maggio 1891.	36 Ipara	Feto morto.	Eclampsia in gravid. È in istato di coma dal quale non si risveglia tra un accesso e l'altro, che si succedono ogni mezz'ora.	Quasi anuria fortemente albuminose.	Morfina.	Provoc. parto, incisioni multiple, craniotomia, cranioclaste, sutura delle incisioni, 2 accessi durante l'operazione.	Non ebbe più accessi. † poche ore dopo.	Premorto.
16	Rossi Giovanna Giugno 1891.	36 IVpara	3 spontanei.	Eclampsia *ante partum* a domicilio, 6 accessi nel comparto, 7 accessi a brevi intervalli.	Albuminuriche.	Morfina.	Rottura delle membrane.	4 accessi dopo il parto. Guarita.	Vivo, peso 1400.

Numero progr.	Nome anno, mese	Età ?para	Parti anteced. Pelvi. Complic. event. Presentazione	Accessi prima dell'ingresso e dopo avanti il parto	Urine	Terapia medica	Trattamento ostetrico	Accessi dopo il parto. Esito per la madre	Feto
17	Moltrasi Angela Agosto 1891.	23 IIIpara 6.° mese	2 parti abortivi.	Eclampsia in gravid., 9 accessi	Albuminuria, numerosi cilindri.	Digitale, purganti.	Provocazione parto che si compie spontaneamente.	Non più acces. Guarita. Vuol andare a casa con urine ancora fortemente albuminuriche.	†
18	Facò Teresa Febbraio 1892.	18 Ipara	5.° mese.	Eclampsia in gravid, 4 accessi.	Intensamente albuminuriche.	Morfina, purganti.	Provocazione parto, rottura membrane, il parto compiesi spontaneamente.	Dopo rottura membrane non più accessi. Guarita.	Macerato.
19	Galimberti Rosa Agosto 1892.	22 IIIpara	Anteced. parti normali, ambliopia, anasarca. Presensentaz. di spalla.	Eclampsia in gravid., accessi ripetuti nella notte antecedente all'ingresso.	Notevolmente albuminuriche.	—	Provoc. del parto, rivolgimento.	Non si sono ripetuti gli accessi. Guarita.	† peso 450.
20	Lavizzari Ambrosina, Ottobre 1892.	24 Ipara	Vertice.	Eclampsia in gravid., parecchi accessi a domicilio.	Notevolmente albuminuriche.	Morfina, acquavite alemanna.	Provoc. del parto, parto spontaneo.	Non ebbe più accessi. Guarigione.	Vivo, peso 2500.
21	Passera Assunta Dicembre 1892.	IVpara	Gravidanze e parti anteced. normali.	Eclampsia in gravidanza a domicilio, ripetuti accessi, in istato di coma stertoroso, 8 accessi incalzanti appena entrata	Notevolmente albuminuriche.	Morfina, acquavite alemanna.	Rottura membrane, vertice con procid. funicolo, dilatatore Bossi (3 cm.), forcipe, craniotomia fra le branche.	Un accesso un'ora e mezza dopo il parto. Guarita.	Senza cervello, peso 2500.
22	Mantica Seraf. Dicembre 1892.	33 IVpara 6.° mese	Gravidanze e parti anteced. normali.	Eclampsia in gravidanza. Convulsioni ripetute seguite da coma manifestatesi il giorno stesso del suo ingresso 12 Dicembre 1892.	Notevolmente albuminuriche.	Morf., purganti, clor. Le convulsioni cessano, continua la gravidanza, la coscienza riprende, ma perdurano fatti uremici.	Parto spontaneo il 3 Gennaio 1893, secondamento artificiale.	Nessun accesso durante il parto e dopo.	Vivo, che muore poco dopo, non indicato il peso.

Numero progr.	Nome anno, mese	Età ?para	Parti anteced. Pelvi. Complic. event. Presentazione	Accessi prima dell'ingresso e dopo avanti il parto	Urine	Terapia medica	Trattamento ostetrico	Accessi dopo il parto. Esito per la madre	Feto
23	Roveda Giusep. Marzo 1893.	25 IIIpara	Gravidanze e parti anteced. normali.	Parto spontaneo il 27 Febbraio a domicilio, alla sera accessi eclampsici, da 15 a 16, per cui viene portata all'Ospedale. Quivi ha 4 nuovi accessi.	Fortemente albuminuriche.	Latte.	Parto normale.	Eclampsia *post partum*. Guarita.	Vivo.
24	Cantoni Orsola Maggio 1893.	29 Vpara	Gravidanze e parti antec. spontanei, vertice, anasarca.	Eclampsia *sub partu*.	Fortemente albuminuriche.	Latte, purganti, morfina.	Introd. candel. con rott. membr. 1 cm. dilat., parto spont.	Non più accessi dopo il parto. Guarita.	Vivo, peso 1500.
25	Vecoti Ernesta Ottobre 1893.	19 Ipara	Vertice.	Nessun accesso prima e durante il parto.	Fortemente albuminur.	Latte, strofanto.	Provoc. parto, isterostomatomia, forcipe.	Eclampsia *post partum*. Guarita.	Al 6.° mese con idrocef. e spina bif. dorso-lomb.
26	Bigatti Angel. Novem. 1893.	19 Ipara	Vertice.	Eclampsia in parto ed accessi che si ripetono di 5 in 5 minuti, coma profondo all' ingresso, condizioni disperate.	Anuria.	—	A dilatazione di 4 cm., isterostomatotomia multipla, forcipe.	† poche ore dopo.	† 7.° mese.
27	Rocca Maddal. Aprile 1894.	20 Ipara	Vertice nello scavo.	Eclampsia *sub partu*. Entrata in istato di coma, 3 accessi.	Fortemente albuminuriche.	Morfina.	Forcipe nello scavo.	Tre accessi dopo il parto. Guarita. Eclampsia *post partum*.	Vivo, peso 2300.
28	Cascali Maria Maggio 1894.	21 IIIpapa	Prematuri spontanei. Vertice.	Sintomi prodromici di eclampsia, nessun accesso prima del parto e durante il parto.	Fortemente albuminuriche.	—	Provocaz. del parto che avviene spontaneamente.	Due accessi dopo il parto. Guarita.	Vivo, peso 1100.
29	Binda Alessan. Agosto 1894.	17 Ipara	Vertice.	Eclampsia *sub partu*, a domicilio rottura del sacco.	Fortemente albuminuriche.	—	Forcipe.	Non più accessi dopo il parto. Guarita.	Vivo, peso 2050.
30	Negri Maria Settembre 1894.	18 Ipara	Vertice.	Eclampsia in gravidanza, accessi numerosissimi incalzanti.	Fortemente albuminuriche.	—	Provoc. parto, forcipe.	Un attacco, † circa 12 ore dopo.	† peso 2050.
31	Maltini Agnese Settembre 1894.	18 Ipara	Vertice.	Eclampsia *sub partu*.	Albuminuriche.	Morfina.	Rottura membrane, parto spontaneo.	Non ebbe più accessi. Guarita.	† peso 2000.

Numero progr.	Nome anno, mese	Età ?para	Parti anteced. Pelvi. Complic. event. Presentazione	Accessi prima dell'ingresso e dopo avanti il parto	Urine	Terapia medica	Trattamento ostetrico	Accessi dopo il parto. Esito per la madre	Feto
32	Ragnoni Luigia Ottobre 1894.	23 IIIpara	A termine distocico il primo (forcipe), vertice.	Eclampsia in gravidanza, accessi numerosi.	Urine senza albumina.	Morfina, cloralio.	La gravidanza continua.	—	—
33	Goiani Adele Febbraio 1895.	22 Ipara	Vertice.	Eclampsia *sub partu*, coma, convulsioni frequentissime.	Fortemente albuminuriche.	Morfina, purganti.	Forcipe.	† poche ore dopo senza che si rinnovino gli accessi.	† peso 2100.
34	Vigo Maria.	32 IIpara 7.° mese	Aborto al 3.° mese	Eclampsia in gravidanza, accessi gravissimi numerosissimi.	Fortemente albuminuriche.	Morf., caffeina, sanguisughe, purganti.	Rottura delle membrane, embriotomia.	† ebbe ancora un accesso.	† peso 2300.
35	Gilardelli Leon. Marzo 1895.	23 Ipara	Vertice.	Eclampsia in gravid.	Fortemente albuminuriche.	—	Provoc. del parto, forcipe.	Nessun accesso dopo il parto. Guarita.	Vivo, peso 3100.
36	Tamagnini Delf. Aprile 1895.	18 Ipara	Vertice.	Ecalampsia *sub partu*, numerosi accessi a domicilio e all'Ospedale.	Fortemente albuminuriche.	Cloralio, drastici.	Forcipe, sutura della lacerazione cervicale.	Nessun accesso dopo il parto. Guarita.	† peso 3600.
37	Lenti Carolina Maggio 1895.	23 Ipara 5.° mese	—	Eclampsia in gravidanza, 5 accessi prima di venire all'Ospedale, un accesso grave prima del parto.	Albuminuriche.	Morfina, purganti.	Provoc. del parto, parto spontaneo.	Dopo il parto nessun accesso. Guarita.	†
38	Lepi Luigia Giugno 1895.	39 Ipara	Vertice.	Eclampsia in gravid.	Albuminuriche.	Morfina, purganti.	Provoc. del parto, parto spontaneo.	Dopo il parto nessun accesso. Guarita.	† peso 2000.

BIBLIOGRAFIA

« Atti dell'XI Congresso medico internazionale. » Roma, 29 Marzo-5 Aprile 1894, Vol. V.

AUVARD. « Traitement de l'éclampsie puerperale. » Paris, 1889.

BAILLY. Articolo *Eclampsie* in « Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique.

BELLUZZI « Eclampsia puerperale complicata a cancro del collo dell'utero. » *Bollettino delle scienze mediche* di Bologna, Settembre 1866.

BERNHEIM. « Traitement de l'éclampsie et en particulier par les injections sous-cutanées d'eau salée. » Paris, Steinheil, 1893.

BIDDER. « Ueber 455 Falle von Eklampsie » aus der *St. Petersburger Gebärunstalt*, XLIV Bd., 1 H., 1893.

BOUCHARD. « Leçons sur les intoxications dans les maladies. » Paris, 1887.

BRUMMERSTAEDT. « Klinik der Geburtsh. u. Gynaek von Chiari, Braun und Spaeth, » 1855.

—— « Bericht an den Centralhebammen Lehranstalt in Rostock. » Rostock, 1866.

BUTTE. « De l'urée du sang dans l'éclampsie, deductions pratiques » *Annales de la Policlinique de Paris*, 1893.

BUTTERFIELD. *Therapeutic gazette*, 1880.

CAZEAUX. « Traité théorique et pratique de l'art des accouchements. »

CHARPENTIER. « De l'influence des divers traitements sur les accès éclampsiques. » 1872. -- IDEM. « Traité d'accouchements. » 1883. — IDEM. « Traitement de l'éclampsie. » *Archives de tocologie et de gynécologie*, Juin et Juillet 1893.

CHIARLEONI. Articolo *Eclampsia* in « Enciclopedia medica italiana. »

COEN. « La cura dell'eclampsia puerperale mercè le iniezioni endovenose di acqua salata. » *Rivista d ostetricia, ginecologia e pediatria*, Maggio 1896.

CORRADI ALFONSO. « Dell'ostetricia in Italia dalla metà del secolo nono fino al presente. » Bologna, 1877.

DECIO. « Di un taglio cesareo conservatore per eclampsia. » *Annali di Ostetr. e Ginec.*, Gennaio 1896.

DEDERICHS. « Zur Behandlung der Eklampsia puerperalis. » Inaug. dissert., Bonn, 1886.

DOEDERLEIN. « Zur therapie der Eklampsie. » *Münch. mediz. Woch.*, N. 26, 1894.

DUBOST. « Traitement de l'eklampsie. » Thèse, 1891.

DÜHRSSEN. « Ueber die Behandlung der Eklampsie. » I. Theil. *Arch. f. Gyn.*, XLII Bd., 3 H., 1892, 2 Theil, XLIII Bd., 1 H., 1892.

FALASCHI EMILIO. « Eclampsia al settimo mese di gestazione in donna di 43 anni, interruzione artificiale della gravidanza, parto forzato, guarigione. » *Atti della R. Accademia dei Fisiocritici*, Siena, 1889.

FERRÉ. « Contribution à l'étude de l'éclampsie puerpérale et de son traitement. » *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, Paris, Vol. IX, 1894.

FEST (FRANZ). « Die moderne Eklampsiebehandlung in den vereinigten Staaten von Nord Amerika. » *Monatsch. f. Geburtsh. u. Gynaek.*, 1896, H. 4.

FEUSTELL. « Beiträge zur Patologie und Therapie der puerp. Eklampsie. » Inaug. diss., Berlin, 1888.

FROGER. « Du traitement de l'éclampsie puerperale par l'hydrate du chloral. » Thèse, Paris, 1879.

GEUER. « Ueber Eklampsia » *Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Köln*, 5 Juli 1894.

GOLDBERG. « Beitrag zur Eklampsie auf Grund von 81 Fällen. » *Arch. f. Gynaek.*, XLI Bd. 3 H., 1891 e XLII Bd., 1 H., 1892.

GOTTSCHALK. « Beitrag zur Lehre von der Eklampsie. » Separat Abdruck der Verandl. d. deutschen *Gesellsch. f. Gynaek.*, 1895.

GREEN. « Puerperal eklampsia. » *The Amer. Journ. of Obst.*, XXVII.

GUBAROFF. « Ueber die behandlung der Eklampsie. » *Centr. f. Gyn.*, 1895, N. 5.

HALBERTSMA. « Eclampsia gravidarum. Eene nieuwe indicatie voor sectio caesarea. » *Ned. Tijdschrift v. Geneesk.*, N. 15, 1889.

HAMILTON. « Pilocarpin in puerperal Convulsions. » *Brit. Med. Journ.*, 1881.

HAULTAIN. « On the treatment of Eklampsia during Pregnancy. » *Edimb. Med. Journ.*, Aout 1891.

HERRF. « Kaiserschnitt u. tiefe Cervixincisionen sowie der letzten Nachbehandlung der Eklampsie. » *Munch. medix. Woch.*, N. 44, 1892.

HIRST. « System of obstetrics by American Autors. » 1889.

INVERARDI. « Sulla cura dell'eclampside. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, Maggio 1896.

KALLMANN. « Therapie der Eklampsie. » Leipzig, 1893.

KNAPP, LUDWIG. « Klinische Beobachtungen über Eklampsie. » Sonder-Abdruck aus *Monatschrift f. Geburtsh. u. Gynaek.*, 1896.

LANTOS. « Beiträge zur Lehre von der Eklampsie und Albuminurie. » *Arch. f. Gynaek.*, Bd. XXXIII, 1888.

LINDMANN. « Zur patholog. Anatomie des unstillbaren Erbrechens an Schwangeren. » Riferito in *Centr. f. Gynaek.*, 1893, N. 34.

LOEHLEIN. « Bemerkungen zur Eklampsiefrage. » *Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynaek.*, IV e VI Bd., 1881.

—— « Eklampsie im Spätwochenbett. » *Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynaek.*, VIII Bd., 1882.

—— « Ueber Häufigkeit, Prognose und Behandlung der puerperalen Eklampsie. » *Gynaekologische Tagesfragen*, N. 2, Wiesbaden, 1891.

MORISANI. « Manuale di ostetricia, redatto sulle lezioni. » Napoli, 1883.

MURILLO ADOLFO. « De la eclampsia en la maternidad de Santiago. » Santiago de Chile, 1896.

NEUMANN. « Ueber das Verhalten der Patellarreflexe beim schwangeren Weibe. » *Centr. f. Gyn.*, 1895, N. 8

OLSHAUSEN. « Ueber Eklampsie. » *Sammlung Klin. Vorträge*, N. 39, 1892. Neue Folge.

PAJOT. « Discussion sur le traitement de l'éclampsie. » *Soc. obstétricale et gyn. de Paris*, Avril 1888.

PALLETTA. « Exercitationes patologicae. »

PAREA. « Saggio di osservazioni chirurgiche. » Milano, 1784.

PAWPERTOW. » Lavori del IV congresso dei medici russi. » Mosca, 1892 (in russo).

PETER. « Leçons sur l'éclampsie puerperale. » *Arch. de tocologie*, 1875.

PLIQUÉ. « Thérapie de l'éclampsie » *Progrès médical*, 25 Janvier 1893.

POMORSKY. « Die aktive Therapie bei Eclampsie. » *Beiträge zur Geburtshülfe u. Gynaek.*, Festschrift gewidm. A. Martin. Berlin, 1895.

RIVIÈRE. « Pathogènie et traitement de l'autointoxication éclampsique. » Paris, 1888.

RONCAGLIA. « Delle bronco-pneumoniti nelle eclampsiche e del loro preteso rapporto colla cura dell'eclampsia. » *Rassegna di scienze mediche*, Novembre 1893.

SAFT. « Beitrag zur Lehre von der Albuminurie in der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett und von ihrem Verhältniss zur Eklampsie. » *Arch. f. Gynaek.*, LI Bd., 2 H., 1896.

SANTELLO. *Giornale per i progressi della patologia*, 1838.

SCHAUTA. « Beiträge zur Lehre von der Eklampsie. » *Arch. f. Gyn.*, XVIII Bd., 1881.

SCHREIBER. « Ein Beiträg zur Statistik der Eklampsie. » *Arch. f. Gynaek.*, LI Bd, 2 H., 1896.

TARNIER. « De l'éclampsie puerpérale. » *La Presse médicale*, 10 Mars 1894.

TESTUT. « De l'emploi de l'hydrate de chloral dans le traitement de l'éclampsie puerperale. » 1877.

TIBONE. « Del parto forzato. » Torino, 1862.

TRIMBLE. « Puerperal Eklampsia: embraciny a collection of sixty five cases. » *The Amer. Journ. of Obst.*, August 1890.

VEIT. « Ueber die Behandlung der puerperalen Eklampsie. » *Volkmnnn's Sammlung*, N. 304.

VELPEAU. « Des convulsions chez les femmes pendant la grossesse, pendant le travail et après l'accouchement. » Paris, 1835.

VINAY. « Traité des maladies de la grossesse et des suites des couches. » Paris, 1894.

VITANZA. « Del parto forzato in donne agonizzanti. » Napoli, 1892.

—— « Sul parto forzato in donne agonizzanti per eclampsia. » *Archivio di Ost. e Ginec.*, Giugno e Luglio 1896.

WIEGER. « Recherches critiques sur l'éclampsie uroémique. » *Mémoires de la Soc. de Médec. de Strasbourg*, 1855, II, 310.

WINCKEL. « Die Albuminurie bei den Kreissenden und die Eklampsie. » Berichte u. Studien., Bd. I, 1874.

WINTER. « Puerperal eclampsia, its terapeutics. » *Amer. Journal of Obst.*, 1894, Vol. XXIX.

ZWEIFEL. « Zur Behandlung der Eklampsie, Bericht über 129 hier beobachtete Falle. » *Centralblatt f. Gynaeck*, N. 46, 47, 48.

Vedansi inoltre i rendiconti citati nell'Appendice II.

Prof. L. M. BOSSI

DIRETTORE DELLA R. SCUOLA OSTETRICA DI NOVARA

A proposito dei rapporti fra ovulazione e mestruazione (1)

È noto come le idee che si riferiscono ai rapporti fra ovulazione e mestruazione si sono molto modificate nel volgere di questi ultimi anni.

Volendo in oggi riassumere quanto al riguardo si sarebbe autorizzati a ritenere, tenuto conto degli interessanti studii fatti da Ruge (2), da Möricke (3), da Leopold (4), da Veit (5), da De-Sinety (6), da Wyder (7), ecc., si potrebbe asserire che il flusso sanguigno mensile dovrebbe essere una conseguenza quasi diretta della congestione dell'utero provocata dalla maturazione dei follicoli di Graaf. In causa di tale periodica maturazione il follicolo si ingrossa ed ingrossandosi irriterebbe le estremità nervose delle ovaia, le quali in via riflessa determinerebbero maggior afflusso di sangue ai genitali.

Epperò presentansi fatti clinici i quali altre volte confermerebbero pienamente tale modo di vedere, altre volte farebbero pensare che il problema sia ancor più complesso di quanto si creda, e che siamo ancor

(1) Comunicazione fatta alla R. Accademia Medica di Genova il 13 Luglio 1896.

(2) Ruge. Vedi « Trattato delle malattie degli organi genitali della donna di Schroeder » ed in *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, B. V.

(3) Möricke. « Sulla mucosa dell'utero durante la mestruazione. » *Centralbl. f. Gyn.*, 1880, N. 13.

(4) Leopodl. « Studio sulla mucosa uterina durante ii periodo mestruale. » *Arch. f. Gyn.*, B. XI, H. 9.

(5) Veit. « Anatomia e fisiologia dei genitali femm. in Muller's Handb. »

(6) De-Sinety. « Desquammazione della mucosa uterina durante la mestruazione. » *Progr. Med.*, 1881, N. 12.

(7) Wyder. « Aafeln fur den Gyn. Unterricht. » Berlin, 1887.

lontani dal conoscere interamente la complicata fenomenologia che accompagna l'ovulazione.

Ora, senza voler addentrarmi nell'intricata questione, ritengo che non sia privo d'interesse, così per rapporto alla fisiologia dell'ovulazione e della mestruazione come per le applicazioni cliniche, il riferire alcuni casi di anomalie funzionali, che in un lasso di tempo relativamente breve ebbi l'opportunità di osservare.

I.

Enterorragie mensili accompagnate da accessi isteriformi pure mensili, assenza assoluta della vagina, utero e ovaia allo stato infantile.

N. N., di Spezia, d'anni 25, maritata da tre anni. Nulla offre di gentilizio. All'età di 15 anni incominciò ad avere leggere perdite di sangue dall'ano; due anni dopo e quindi a 17 anni intervennero contemporaneamente alle enterorragie delle crisi nervose costituite da capogiri, da convulsioni di breve durata accompagnate talora da perdita della coscienza, da grave eccitabilità seguita da notevole depressione morale.

Sia le perdite sanguigne dall'ano, sia le crisi nervose duravano da 3 a 5 giorni ed intervenivano regolarmente ogni 27, 28 giorni.

A 21 anni prese marito ed i fenomeni surriferiti andarono aggravandosi, finchè il marito impressionato, e non comprendendo come il coito fosse impossibile, mi condusse (nell'Aprile 1894) la paziente ad esaminare.

Trovai i genitali esterni normali, per quanto poco sviluppati; assenza assoluta dell'orificio vaginale esterno. All'esame rettale rilevai che l'utero presentava il volume d'un utero infantile, ma la insofferenza dell'ammalata non mi permise un sicuro esame.

Proposi di cloroformizzare e di tentare se eravi possibilità di rintracciare la vagina. Ed il giorno 27 Aprile 1894 nella mia Clinica tentai infatti tale intervento, ma ebbi a riscontrare che non esisteva vagina, che il retto intestino era separato dall'uretra e dalla vescica solo da lieve strato di tessuto connettivale, che l'utero e le ovaia erano veramente allo stato infantile.

Dopo ciò non rimaneva che un intervento radicale, qualora i disturbi si fossero resi pericolosi per l'esistenza. Suggerii di soprassedere; l'ammalata ritornò a casa sua, e da notizie avute 4 mesi or sono seppi che il suo stato non aveva punto mutato.

II.

Periodi mestruali dapprima regolari, in seguito menorragie imponenti: riuscite inutili due operazioni, essendo in pericolo l'esistenza, isterectomia; nell'ablazione dell'utero rilevasi assenza degli annessi, imponente emorragia due ore dopo l'operazione da un'arteria della vagina a causa di irregolare vascolarizzazione, ecc. Guarigione. (Presentazione del pezzo anatomico alla R. Accademia Medica di Genova il 13 Luglio 1896).

M. G. di Genova, d'anni 37, a 14 anni incominciò ad essere regolarmente mestruata. Prese marito a 30 anni e da allora ogni mestruazione si mutava in una grave menorragia. Per due volte venne operata di profondo raschiamento ma senza alcun effetto.

Presentatasi a me per essere curata riscontrai l'utero alquanto più voluminoso del normale; la cavità misurava cm. 8. Le condizioni già gravi in cui si trovava nonchè le istanze dell'ammalata stessa mi persuasero ad intervenire radicalmente.

Il giorno 5 Maggio mi accinsi a praticare l'isterectomia.

Aperti i fornici vaginali, dopo praticate le legature inferiori, andai colle dita alla ricerca degli annessi, ma ebbi a rilevare come dal lato sinistro l'utero era libero dall'istmo fino al fondo, nè traccia alcuna eravi nè di tromba nè d'ovaia, e dal lato destro eravi un grosso fascio di tessuti che si estendeva fino al fondo, ma quivi pure nessuna traccia nè di tromba nè d'ovaia. Praticai regolare legatura di questo fascio di tessuti che serviva a mantenere in alto e lateroverso l'utero, levai, come d'abitudine, qualche pinza che avevo applicato sulle colonne vaginali nei punti ove eravi getto di sangue, e constatato che non eravi perdita zaffai la vagina.

Due ore dopo che l'ammalata giaceva nel suo letto venni chiamato d'urgenza.

Accorsi e trovai l'ammalata in una pozza di sangue che sortiva dalla vagina.

Rapidamente la riportai sul tavolo d'operazione, ritirai lo zaffo, divaricai le colonne vaginali facendomi in ciò aiutare dalle Suore infermiere e dal dott. De Marini, e ricercando attentamente riscontrai che il sangue veniva da un'arteria della colonna vaginale anteriore a sinistra.

Applicai un Klemmer che poi lasciai in posto per 48 ore, zaffai di nuovo la vagina, previa opportuna toilette, e riposi l'ammalata in letto.

Evidentemente, stante l'assenza degli annessi, eravi anomalia di

circolo e l'utero era in parte nutrito da quel vaso che direttamente si innestava a sinistra sulla colonna vaginale; fatto al quale operando non avevo pensato quando levai, come faccio abitualmente, le pinze dalle colonne vaginali.

L'ammalata fortunatamente si riebbe e lasciò guarita la Clinica dopo 21 giorni.

III.

Ragazza d'anni 20, nata prematuramente in seguito a trauma della madre gestante. Convulsioni periodiche ma irregolari dall'età di 14 anni, convulsioni periodiche mensili assai gravi e regolari per intercorrenza dall'età di 17 anni, assenza completa della vagina, utero infantile, ovaia voluminose ed ectopiche (orificio inguinale esterno). Ablazione di entrambe le ovaia. Guarigione dell'ammalata, cessazione delle convulsioni. (Presentazione dei pezzi anatomici alla R. Accademia Medica di Genova il 13 Luglio 1896).

N. N. di Novara, d'anni 20, nubile. Nacque prematuramente al principio dell'ottavo mese in seguito a trauma subìto dalla madre. Sofferse di varie malattie nell'infanzia. A 14 anni si iniziarono notevoli convulsioni che periodicamente, ma irregolarmente si presentavano rendendo lo stato nervoso della paziente sempre più squilibrato.

A 17 anni tali convulsioni, che erano precedute da alcuni giorni di grave depressione nervosa, si resero più forti e per intercorrenza regolari. Lo stato psichico dell'ammalata si mostrava frattanto ognor più irregolare. Amenorrea assoluta.

Il 13 Aprile 1896, la madre mi consultò al riguardo, ed avendo riscontrato anomalie congenite dei genitali, consigliai di ritirarla nella Clinica ostetrica di Novara per gli opportuni interventi.

Il giorno 23 Aprile, dietro cloronarcosi, praticai un attento esame esterno e rettale e rilevai come la vagina era assolutamente assente e l'utero di volume infantile; non riuscii a rintracciare le ovaia. Avendo tentato di aprire uno sbocco alla vagina, mi accorsi che il retto intestino, l'uretra e la vescica erano separati fra loro (come nel caso N. 1) da semplice e non spesso strato di tessuto connettivale.

Tenni la giovane paziente in osservazione e sopraggiunto l'abituale periodo, vennero in scena le solite convulsioni, e si potè allora rilevare dal personale sanitario della Clinica, come in corrispondenza degli inguini e precisamente all'anello inguinale esterno da entrambi i lati erano formate due tumescenze sensibilissime alla palpazione.

Si diagnosticò trattarsi delle ovaia ectopiche le quali al sopraggiungere del periodo dell'ovulazione eransi rese tumide.

Suggerii allora l'ablazione di entrambe, ablazione che, dietro con-

senso della madre e dell'ammalata, praticai il giorno 7 Maggio 1896. A causa della indisciplinatezza dell'operata la cicatrizzazione non potè avvenire per prima.

Si ebbe però una completa guarigione, si andò man mano modificando in meglio lo stato psichico della signorina, nè più apparvero fatti convulsivi.

All'esame diretto le ovaia si mostravano voluminose il doppio del normale, e sezionate si riscontrarono, oltrechè molti corpi lutei di data antica, due recenti (uno per ovaia), rappresentati da due vacuoli della grandezza ciascuno d'un pisello, ripieni di sangue in parte ancor ben conservato.

IV.

Nullipara, da sette anni emorragie sottocutanee periodiche ed emottisi continue che periodicamente si rendevano assai gravi. Bronchite cronica. Tre operazioni conservative inutili. Isterectomia lasciando in posto le ovaie per speciale incidente. Guarigione dell'ammalata, cessazione completa, sia delle emottisi sia delle emorragie sottocutanee. (Presentazione del pezzo anatomico alla R. Accademia Medica di Genova il 13 Luglio 1896).

N. N. di Genova, moglie di un marinaio, nullipara, d'anni 39. Fu regolarmente mestruata dall'età di 15 anni all'età di 32 anni, notandosi solo comparsa di lievi disturbi nervosi.

All'età di 32 anni e precisamente subito dopo il matrimonio, contemporaneamente ai periodi mestruali che si erano resi meno abbondanti ed a bronchite che si era resa cronica, apparvero emorragie sottocutanee e emottisi notevoli, le quali poi si continuavano assai leggere anco nei periodi intermestruali.

Irregolarissimi lo stato nervoso e lo stato psichico.

Con intervalli di qualche anno fu sottoposta a tre interventi operativi conservativi stante lesioni infiammatorie dell'utero, ma senza alcun vantaggio.

Gli ultimi due interventi furono da me stesso eseguiti.

Aggravandosi i fenomeni suesposti, insistentemente pregato dalla paziente nonchè dal marito, presentandosi l'utero assai voluminoso con sospetto di sarcoma nella cavità, mi decisi il giorno 1.° Giugno 1896 ad eseguire la isterectomia per via vaginale.

È a notarsi che negli ultimi anni l'ammalata, credendo acquistar forza e riparare alle continue perdite di sangue, beveva vino e liquori in quantità, talchè era divenuta quasi alcoolista.

Si fu perciò che sopportò malissimo la cloronarcosi non solo, ma si trovò durante l'operazione continuamente in pericolo di soccombere,

talchè dovetti il più che fu possibile accelerare l'intervento e per tal modo lasciai in posto le ovaia che si presentavano assai aderenti.

In onta a ciò l'ammalata guarì perfettamente, e le emottisi come per incanto cessarono completamente.

Inutile osservare che contro tali emottisi eransi invano tentate da 7 anni tutte le cure possibili.

Esaminando i sopradetti casi riesce ovvio il rilevare:

Dal lato anatomico: 1.° Le anomalie del N. 1 e del N. 3 in molta parte affatto eguali, e cioè in quanto riguarda l'assenza assoluta della vagina e presenza di utero infantile, anomalie che evidentemente dobbiamo ritenere congenite.

2.° L'ectopia (all'anello inguinale esterno) e la notevole ipertrofia (il doppio del normale), nel terzo caso (nubile di 20 anni); associazione questa che già fu riscontrata da altri.

3.° L'assenza degli annessi nel secondo caso, pur essendovi l'utero di volume maggiore del normale (età anni 37); la cavità uterina non presentava alcuna traccia di orificio delle trombe, nè tampoco le pareti lasciavano traccia ove trovavasi la sede del passaggio di esse.

Dal lato funzionale: 1.° Nei casi N. 1 e N. 3 non era possibile il flusso sanguigno mensile dai genitali, mancando completamente la vagina ed essendo l'utero allo stato infantile; ora nel primo caso mensilmente eravi enterorragia con notevoli disturbi nervosi, nel secondo caso, e nel terzo caso pure mensilmente, contemporaneamente, come ci fu dato direttamente notare, alla maturazione dei follicoli di Graaf, manifestavansi accessi convulsivi imponenti che si ripetevano per un periodo di tempo simile alla media dei catamenii.

2.° Nel 2.° caso pur non esistendo nè tube nè ovaia, regolarmente presentavansi i periodi mestruali, i quali anzi si fecero man mano tanto abbondanti da richiedere 3 interventi operativi di cui l'ultimo l'isterectomia.

3.° Nel 4.° caso pur non presentandosi anomalie congenite, essendo il canale vagino-uterino affatto libero, intervenivano emorragie sottocutanee vicarie e notevoli emottisi che si accompagnavano ai mestrui e che poi, in assai minor quantità, continuavano nei periodi intermestrui.

Ora a nulla approdarono 3 operazioni conservatrici, apportò invece

la guarigione (anco delle emorragie sottocutanee e vicarie), l'ablazione del solo utero, per necessità essendosi lasciate in posto le ovaia: quale quivi poteva essere l'influenza singola dell'utero e delle ovaia?

Dal lato clinico: 1.° I due interventi per rintracciare la vagina e fornirle uno sbocco all'esterno nei casi 1.° e 3.° a nulla approdarono perchè non esisteva vagina; è a rilevarsi qui il pericolo che vi ha, operando, di aprire una via od al retto od alla vescica, tanta è la loro vicinanza, del che non è male sia il ginecologo messo sull'avviso.

2.° L'ablazione completa delle ovaia nel 3.° caso apportò la completa guarigione; le ovaia quivi erano ectopiche; ma non si sarebbe autorizzati allo stesso intervento per via addominale nel 1.° caso di assenza di vagina cioè con utero infantile, qualora i disturbi che si descrissero persistessero a lungo?

3.° L'assenza degli annessi nel 2.° caso evidentemente diede luogo ad anomalie nel circolo locale, anomalie che poco mancò non causassero la perdita della paziente in seguito all'isterectomia, poichè non si tenne calcolo dei vasi della vagina che in questo caso oltre ad essere cospicui, non erano in dipendenza dell'uterina, la quale viene abitualmente legata in un cogli annessi, rendendo inutile la legatura della vaginale.

4.° È degna di nota per il clinico la cessazione delle emottisi continue le quali si esacerbavano durante i catamenii nel 4.° caso, per ciò che riguarda sia l'intervento, sia i rapporti che l'utero può avere sul ricambio dei materiali, dato il fatto che coesisteva quivi una bronchite cronica.

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELLA R. UNIVERSITÀ DI PAVIA
diretto dal Prof. L. Mangiagalli

Note batteriologiche su di un aborto per tifo addominale (1)

PEL

Dott. GIUSEPPE RESINELLI

PRIMO ASSISTENTE E LIBERO DOCENTE

Non vi ha forse argomento che in ogni epoca abbia tanto occupato gli studiosi di scienze mediche, quanto la eredità morbosa. La clinica già da tempo aveva dimostrato che certe malattie possono trasmettersi dalla madre al feto, quando un risveglio a questi studii venne portato dalla teoria parassitaria. Messa la questione su questo campo, si trattava di determinare se i microrganismi patogeni possono attraversare la placenta e penetrare nel circolo sanguigno fetale. La patologia sperimentale si impadronì ben tosto dell'argomento ed oggidì è ormai provato che la placenta non è punto una barriera insormontabile, ma permette sotto determinate circostanze il passaggio dei microrganismi dalla madre al prodotto del concepimento.

Già molte malattie furono oggetto di queste ricerche e possediamo una letteratura ricca di numerosi ed importanti lavori su tale argomento. Esso fu con speciale predilezione studiato anche in Italia, esordendo coi classici studii di Perroncito (1) sulla trasmissione placentare del carbonchio, e colle osservazioni su questo medesimo argo-

(1) Comunic. fatta alla Società medico-chirurgica di Pavia nella Seduta del 29 Novembre 1895.

(1) Perroncito. « Sulla trasmissione del carbonchio dalla madre al feto. » Rendic. della seduta 15 Dicembre 1887 della R. Accademia di Medicina di Torino. *Giornale della R. Acc. di Med. di Torino,* 1882, pag. 930, e *Atti della R. Accad. dei Lincei,* 1883.

mento pubblicate da Sangalli (1) e da Griffini (2): due casi in cui l'infezione carbonchiosa materna non venne trasmessa al feto furono resi noti da Morisani (3) e da Romano (4); Latis (5) con accurate ricerche studiò la questione in modo sperimentale.

La trasmissione del pneumococco dalla madre al feto venne studiata da Foà e Bordoni Uffreduzzi (6) e constatata nell'uomo da Ferrari (7). Carbonelli (8) illustrò un caso di infezione congenita di un feto da diplococco pneumonico; Ferraresi e Guarnieri (9) dimostrarono il passaggio del bacillo della morva. La trasmissibilità dell'infezione colerica dalla madre al feto venne dimostrata nell'uomo da Tizzoni e Cattani (10); Vitanza Rosario (11) nei feti nati da donne colerose, mentre riscontrò talvolta alterazioni da colera, non potè mai trovare comma bacilli, la cui trasmissione intraplacentare potè però dimostrare negli animali. Perroncito e Carità (12) e poi Zagari (13) studiarono la tra-

---

(1) SANGALLI. « Bacterj del carbonchio nel feto di giovenca morta per questa malattia. » *Rendiconti del Reale Istituto Lombardo di Scienze e lettere* (1882), Serie II, Vol. XV, pag. 668.

(2) GRIFFINI. « Sull'immunità contro il carbonchio. » *Rendiconti del Reale Istituto Lombardo di Scienze e lettere*, 1882, Serie II, Vol. XV, p. 546.

(3) MORISANI D. « Sopra un caso di pustola maligna non trasmessa dalla madre al feto. » *Morgagni*, 1886, Parte I, p. 523.

(4) ROMANO. « Sopra un caso di pustola maligna non trasmessa dalla madre al feto. » *Morgagni*, 1888, Parte I, p. 458.

(5) LATIS. « Ueber den Uebergang des Milzbrandes von der Mutter auf den Foetus und über die Veränderungen in den Gefässen welche der Milzbrand hervorbringt. » Beiträge zur pathol. Anatomie und zur allg. Pathologie herausg. von Ziegler, Bd. X, 1890.

(6) FOÀ e BORDONI UFFREDUZZI. « Sull'azione abortiva del meningococco e suo passaggio dalla madre al feto. » *Riforma Medica*, 1887, N. 39 e *Giorn. della R. Accad. di Medicina di Torino*, 1887, p. 70.

(7) P. L. FERRARI. « Sul passaggio della infezione da pneumococco dalla madre al feto. » *Bollettino della R. Accad. Medica di Genova*, anno VIII, N. 6, Dicembre 1893.

(8) CARBONELLI. « Infezione congenita di un feto con madre sana. » *Rivista di Ostetricia e Ginecologia*, 1891, p. 281.

(9) FERRARESI e GUARNIERI. « Sopra un caso di morva nell'uomo. » *Atti della R. Acc. Medica di Roma*, Anno XIII, 1886-87, Serie II, Vol. III, p. 205.

(10) TIZZONI e CATTANI. « Ueber die Uebertragungsfähigkeit der Cholera-infection von der Mutter auf den Foetus. » *Centralbl. f. die med. Wissenschaften*, 1887, N. 8, p. 131.

(11) VITANZA ROSARIO. « Sulla trasmissibilità dell'infezione colerica dalla madre al feto; ricerche cliniche e sperimentali. » *Riforma Medica*, Febbraio 1890.

(12) PERRONCITO e CARITÀ. « Sulla trasmissione della rabbia dalla madre al feto a traverso la placenta e per mezzo del latte. » *Giornale della Accad. Reale di Torino*, 21 Gennaio 1887, pag. 122.

(13) ZAGARI. « Esperienze sulla trasmissione della rabbia al feto a traverso la placenta e per mezzo del latte. » *Giorn. intern. delle scienze med.*, 1888.

smissione intraplacentare della rabbia. Un interessante studio sperimentale sulla trasmissione embrionale della tubercolosi è quello di Maffucci (1).

La febbre tifoide pe' suoi caratteri clinici ed anatomo-patologici, ma più di tutto per la scoperta del suo agente patogeno, porse la opportunità di esatte ed accurate indagini sulla sua trasmissibilità dalla madre al prodotto del concepimento.

Già fin dal 1841 il Manzini (2) riferiva di aver osservato in un feto nato da madre tifosa, al settimo mese e che non sopravisse mezz'ora, le glandole di Brunner e le placche di Peyer colle alterazioni che descrivonsi come caratteristiche della febbre tifoide: analoghe osservazioni avrebbero fatto Roederer e Wagler (3), Charchellay (4) e Weiss (5). Ma tali reperti vogliono essere accettati con qualche riserva, tanto più perchè essi non trovano chiara conferma in osservazioni recenti. Difatti il Gusserow (6) dice di non aver mai constatato lesioni tifiche nella milza, nell'intestino, ecc., di feti nati da donne tifose, che egli ebbe opportunità di studiare al tavolo anatomico; nè simili lesioni vennero riscontrate da altri osservatori, non potendo essere considerato come lesione specifica il lieve ingrossamento della milza e delle ghiandole mesenteriche osservato da Hildebrandt, nè la lieve tumefazione delle placche di Peyer osservata in un caso da Frascani. La scoperta del bacillo di Eberth e la conoscenza delle sue proprietà morfologiche e biologiche dischiuse la via a questo genere di studii.

Nel 1885 Reher (7) eseguisce l'autossia di un feto semestre nato da una donna affetta da tifo addominale. La madre abortiva in 19.ª giornata di malattia, ed in seguito all'aborto dopo un notevole abbassa-

---

(1) MAFFUCCI. « Sulla patologia embrionale infettiva. » *Il Policlinico*, Sez. chir., 1894, p. 33.

(2) MANZINI. « Autopsie d'un enfant présentant les lesions de la fièvre typhoïde. » Compt. rend. d. l'Acad. des sciences, 1841, t. II, p. 1034.

(3) In CORRADI. « Dell'ostetricia in Italia, » p. 219.

(4) CHARCELLAY. « Notice sur le dothinentérie (fièvre typhoïde) chez l'enfant nouveau-né. » *Arch. gen. d. med.*, 1840, t. IX, p. 65.

(5) WEISS. *Allg. Wien. med. Zeitung*, 1862, pag. 329: in TARNIER et BUDIN. « Traité de l'art des accouchements, » t. II, pag. 20.

(6) GUSSEROW. « Ueber Typhus bei Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen. » *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1880, pag. 237.

(7) REHER. « Zur Aetiologie des Abdominaltyphus. » *Archiv. für experimentelle Pathologie und Pharmacologie*, Bd. 19, 1885, p. 431.

mento della temperatura, ed una apiressia di circa due settimane, presentava una recidiva, dopo la quale passava a completa guarigione. Nel feto non si riscontrarono lesioni macroscopiche, nè si poterono dimostrare microrganismi coll'esame diretto, nè colle sezioni degli organi, invece si dimostrarono i bacilli del tifo nelle colture fatte dal fegato.

Il caso di Neuhauss (1) riguarda una gravida che dopo quattro settimane di febbre tifoide, ha sei giorni di apiressia, poi è colpita da recidiva, cessata la quale, al 4.° giorno di nuova apiressia, espelle un feto di quattro mesi di sviluppo. In esso non si riscontrano lesioni macroscopiche del tifo, ma si ottiene il bacillo di Eberth nelle colture di polmone, di milza, di rene.

Chantemesse e Widal (2) trovarono il bacillo del tifo nella placenta di un feto di 4 mesi espulso da una gravida tifosa al 12.° giorno di malattia, ed inoculando colture di questo microrganismo ad una cavia gravida poterono dimostrarne il passaggio nel fegato e nella milza dei due fetini.

Risultati negativi all'esame batteriologico ottenevano Fränkel e Simmonds (3) in due uovi abortivi al 4.° e 5.° mese espulsi da gravide affette da tifo, e pure risultati negativi tanto rispetto al feto quanto rispetto alla placenta otteneva più tardi Fränkel in due casi da lui esaminati (4). Più tardi però il Fränkel dimostrava i tifo bacilli nella placenta e nei feti di tre cavie iniettate con una emulsione di questi microrganismi, e ne spiegava il passaggio colle lesioni emorragiche osservate in grembo al tessuto placentare.

Eberth (5) nel 1889 istituiva accurate ricerche batteriologiche su

---

(1) NEUHAUSS. « Weitere Untersuchungen über den Bacillus des Abdominaltyphus. » *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1886, N. 24, pag. 389.

(2) CHANTEMESSE et WIDAL. « Recherches sur le bacille typhique et l'étiologie de le fièvre typhoïde. » *Archives de Physiologie normale et pathologique*, 1887, pag. 216. (Vedi pag. 250 e 270).

(3) FRAENKEL und SIMMONDS. « Weitere Untersuchungen über die Aetiologie des Abdominaltyphus. » *Zeitschr. f. Hygiene*, II, pag. 144. — SIMMONDS. « Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnisse über die Aetiologie des Abdominaltyphus. » *Centralbl. f. Allg. Gesundheitspflege*, Bd. II, Hft. 4, 1887.

(4) FRAENKEL und KIDERLEN. « Zur Lehre vom Uebergang pathogener Mikroorganismen von der Mutter auf den Foetus. » *Fortschritte der Medicin*, 1889, p. 641.

(5) EBERTH. « Geht der Typhusorganismus auf den Foetus über? » *Fortschritte der Medicin*, 1889, Bd. VII, N. 5, pag. 161.

di un feto espulso ancora avvolto nelle sue membrane da una donna affetta da tifo in 3.ª settimana di malattia. Subito dopo l'aborto l'ammalata presentava un notevole abbassamento della temperatura (34°) e dopo qualche giorno passava a guarigione. L'autossia del feto non dimostrò la esistenza di particolari lesioni tifiche, ma permise di constatare l'esistenza di rari bacilli in preparati del sangue del cuore, dei polmoni, della milza, e di meno rari negli spazi intervillosi della placenta. Fatte colture coi vari organi fetali, Eberth ottenne dei bacilli che ai caratteri biologici, controllati da Gaffky, vennero identificati per quelli del tifo. Per escludere il dubbio che potesse trattarsi di bacilli similtifo esaminò 8 uovi abortivi di varia origine, ma in nessuno potè constatare microrganismi che potessero sollevare dubbi sulla primitiva sua osservazione.

Parimenti risultati positivi ottenne Hildebrandt (1) colle colture dei vari organi di un feto settimestre espulso da una gravida affetta da tifo. Il parto avvenne circa al principio della terza settimana di malattia, la temperatura subì un notevole abbassamento, 36.5, e dopo cinque giorni di lieve rialzo febbrile l'ammalata passò a guarigione. I bacilli vennero constatati anche coll'esame diretto e nelle sezioni di reni e di milza, non però nei follicoli dell'ileo, nè nelle ghiandole mesenteriche; scarsi vennero osservati nella parte materna della placenta.

Fränkel e Kiderlen (2) riferiscono il caso di una donna gravida al 5.° mese che, affetta da tifo addominale, in 3.ª settimana abortì, e venne a soccombere sette giorni più tardi per peritonite purulenta. Il feto nacque vivo e morì poco dopo; all'autossia non si constatò alcuna particolare alterazione e colle colture si ottennero solo dalla milza colonie di stafilococchi; negative furono le colture della placenta ed in nessun organo si trovarono forme bacillari. Ernst (3) invece dimostrò i bacilli del tifo nelle colture e nei preparati degli organi di un feto settimestre espulso da una tifosa.

La trasmissione del bacillo di Eberth attraverso alla placenta venne

---

(1) Hildebrandt. « Zur Casuistik des placentaren Ueberganges der Typhusbacillen von Mutter auf Kind. » *Fortschritte d. Medicin*, 1889, Bd. VII, N. 23, pag. 889.

(2) Fraenkel und Kiderlen, loco cit.

(3) Ernst. « Intrauterine Typhusinfection einer lebensfähigen Frucht. » *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1889, N. 43, pag. 944.

pure osservata da Giglio (1) in un aborto a tre mesi. Balp (2), ebbe opportunità di studiare quest'argomento in due casi. Nel primo caso una gravida affetta da tifo veniva a soccombere con fatti suppurativi all'orecchio ed alla vescica, poco dopo aver espulso un feto di sei mesi, che venne a soccombere quattro ore dopo la nascita. L'autossia del feto non rivela particolari lesioni macroscopiche, ma le colture dal sangue del cuore, dal fegato, dalla milza danno sviluppo allo stafilococco piogeno aureo e ad un bacillo che venne identificato per quello del tifo. La placenta non potè essere esaminata. Il secondo caso riguarda una donna che abortì 18 giorni dopo il periodo febbrile di un tifo leggero. Il reperto batteriologico del feto fu affatto negativo.

Un lavoro accurato su questo argomento è quello di Frascani (3). Egli potè studiare tre casi. Nel 1.° una gravida all'8.° mese dopo circa sette settimane di periodo febbrile per infezione tifoidea espelleva un feto vivo che veniva a soccombere poco dopo la nascita. Dalla milza del feto e dal secreto lochiale della madre ottenne un bacillo corto, assai mobile, che alle varie prove cui fu sottoposto rispose più alle proprietà del *bacterium coli*, che non a quelle del bacillo di Eberth. Nel 2.° caso ottenne il bacillo del tifo dalle colture degli organi di un feto settimestre macerato espulso da una gravida affetta da tifo, in cui la diagnosi era stata batteriologicamente confermata dal reperto del sangue ottenuto colla puntura della milza. Il 3.° caso riguarda una gravida al 7.° mese che dopo quattro settimane di febbre tifoide, nella 1.ª settimana di apiressia partorisce un bambino, che viene a soccombere 20 ore dopo la nascita; il reperto necroscopico e batteriologico del feto riesce negativo, mentre si ottiene il bacillo del tifo dalle colture del sangue della placenta. Lo studio è completato da accurate ricerche sperimentali su cavie gravide.

Anche Janiszewski (4) potè dimostrare i tifo bacilli negli organi

---

(1) Giglio. « Ueber den Uebergang der mikroskopischen Organismen des Typhus von der Mutter zum Foetus. » *Centralbl. f. Gyn.*, 1890, p. 819.

(2) Balp. « Un caso di tifo addominale congenito. » *Gazz. Medica Lombarda*, 1891, pag. 369.

(3) Frascani. « Osservazioni cliniche e ricerche sperimentali sul passaggio del bacillo del tifo dalla madre al feto. » *Rivista generale italiana di Clinica medica*, 1892, N. 12, 13, 14, 15 e 16.

(4) Janiszewski. « Uebertragung des Typhus auf den Foetus. » *Münch. med. Wochensch.*, N. 38, 1893.

di un bambino nato prematuramente (8.° mese) da madre affetta da tifo addominale e venuto a soccombere 5 giorni dopo la nascita: la placenta non venne esaminata.

Le più recenti ricerche su questo argomento sono quelle di Etienne e di Freund e Levy. Etienne (1) riferisce il caso di una giovane donna che gravida al 4.° mese, colpita da tifo addominale con temperature oscillanti fra 40.5 e 40.7 in 29.ª giornata di malattia espulse senza alcuna complicanza il prodotto del concepimento. L'autossia del feto non dimostrò in esso alcuna alterazione tifica, e non si riscontrarono lesioni nella placenta; invece le colture dimostrarono la presenza dei bacilli di Eberth nel sangue del cuore, nel succo della milza, del fegato, della placenta. Anche in questo caso è a notarsi che già sette giorni prima dell'aborto la temperatura dell'ammalata incominciò a decrescere scendendo al mattino sotto 38°; l'indomani dell'aborto discese fino a 36° e dopo qualche giorno sopravvenne apiressia; questa fu seguita da riaccensione febbrile piuttosto rilevante, dopo la quale l'ammalata passò a guarigione. — Freund e Levy (2) pure trovarono i bacilli del tifo nella milza e nella placenta di un feto quintimestre espulso ancor vivo da una gravida affetta da tifo addominale. L'ammalata trovavasi già in 24.ª giornata di malattia e la febbre era in defervescenza; il travaglio abortivo insorse quasi improvviso e l'espulsione del prodotto del concepimento fu seguita da un abbassamento della temperatura fino a 36° e 35° cc., di poi la donna ebbe una recidiva e quindi passò a guarigione. Nel feto non si trovarono lesioni anatomo-patologiche caratteristiche del tifo addominale, solo la milza era leggermente ingrossata e molliccia. Freund e Levy non avendo trovato alcuna lesione nè macroscopica, nè microscopica nella placenta, emettono il dubbio che la trasmissione di elementi figurati dalla madre al feto possa avvenire anche indipendentemente da qualsiasi lesione plecentare, cioè anche ad intatto epitelio dei villi.

---

(1) Etienne. « La fièvre typhoïde du fœtus. » *Archives de Gynéc. et de Tocol.*, 1896, pag. 509.

(2) Freund e Levy. « Ueber intrauterine Infection mit Typhus abdominalis. » *Berliner Klin. Wochensch.*, 1895, pag. 539.

***

Da tutte queste osservazioni appare dunque provato che l'agente patogeno del tifo può attraversare la placenta ed invadere l'organismo fetale, producendone soventi la morte per una specie di setticemia. Ma con ciò il problema della trasmissione della malattia nella vita intrauterina non può dirsi completamente risolto; innanzi tutto perchè questo non è un fatto costante ed in secondo luogo perchè non sono ancora ben note le condizioni favorevoli a tale trasmissione e la influenza che tale fatto può determinare nello svolgersi dei fenomeni clinici. Gli è perciò che avendo avuto occasione di osservare due casi di gravidanza complicata da febbre tifoide, mi parve opportuno farli oggetto di studio nell'intento di portare un piccolo contributo alla soluzione del problema.

La prima osservazione riguarda una gravida affetta da febbre tifoide in cui il decorso della gravidanza non venne menomamente turbata dal processo infettivo.

R. Francesca, d'anni 29, contadina di Garlasco, viene accolta nella Clinica ostetrico-ginecologica di Pavia l'11 Agosto 1895. Non ebbe mai a soffrire in passato alcuna malattia; mestruata all'età di 12 anni, lo fu sempre di poi con tipo costantemente regolare e per la durata di 5-6 giorni. Ebbe un'altra gravidanza, giunta normalmente fino al termine, con esito di parto normale e spontaneo. L'ultima mestruazione comparve alla metà di Febbraio e la gravidanza si svolse in modo affatto normale fino all'inizio della presente malattia. Sulla fine di Luglio dopo alcuni giorni di malessere fu colta da febbre che si mantenne continua nei giorni successivi; l'ammalata si lagnava di cefalea, dolori agli arti ed all'addome, leggeri edemi ai piedi; nella seconda settimana di Agosto presentò distinte macchie di roseola e per la complicazione della gravidanza venne inviata all'Ospedale. Qui si confermò la diagnosi di febbre tifoide: l'ammalata era in buono stato di nutrizione e tranne una lieve traccia di albumina nelle urine non presentava particolari complicanze. La febbre si mantenne continua per circa due settimane ed andò scomparendo per lisi: la temperatura non superò 39.5 e presentava remittenze di 38.2-38.3. Dopo circa due settimane di completa apiressia, in seguito a disordine dietetico, ricomparve la febbre che raggiunse 39.8 e che si mantenne continua per due settimane scom-

parendo per lisi. La cura fu prevalentemente igienico-dietetica; si somministrarono internamente eccitanti, salolo; non vennero fatti bagni. L'utero aumentò regolarmente di volume, nè mai vi furono minaccie di interruzione della gravidanza. Il battito cardiaco fetale si mantenne sempre regolare. L'ammalata lasciò la Clinica il 22 Settembre in buone condizioni di salute.

Da notizie avute dall'egregio dott. Guallino seppi di poi che la donna partorì normalmente il 27 Settembre; il bambino nacque vivo, ma assai denutrito, marantico e venne a soccombere con fenomeni di atrepsia sedici giorni dopo la nascita. La madre perfettamente guarita potè allattare per circa cinque mesi un altro bambino, che le venne affidato.

La seconda osservazione riguarda una gravida che colpita da febbre tifoide abortì; ed è appunto in questo caso che vennero istituite le ricerche oggetto della presente nota.

C. Rosa, d'anni 24, contadina di Cura Carpignano, viene accolta nella Clinica ostetrico-ginecologica di Pavia il 21 Agosto 1895.

L'ammalata dice di non avere mai sofferto antecedentemente malattia all'infuori di una forma gastrica afebbrile alcuni anni fa. Mestruata la prima volta in modo normale alla età di 17 anni, lo fu poi successivamente in modo regolare, se si eccettua qualche sospensione mestrua nei primi tempi della pubertà. Fu gravida già due altre volte e le gravidanze decorsero normali fino al termine con esito di parti normali di feti vivi, che essa allattò per circa un anno ciascuno. I puerperi furono entrambi regolari.

Durante l'ultimo allattamento, circa ai primi del maggio p. p. per la comparsa di fenomeni simpatici dubitò fosse insorta gravidanza, e perciò un mese più tardi svezzò il bambino.

Dopo un breve periodo di malessere, languidezza generale, circa una settimana fa venne colta da febbre, accompagnata da cefalea, da dolori all'addome ed agli arti. La febbre da principio spiccatamente remittente con lievi brividi, si fece poi continua, onde il medico riconosciuta una forma tifoidea, che da qualche tempo infieriva in paese e nella casa medesima della paziente, inviò la donna all'Ospedale.

L'ammalata è una giovane robusta, di fisonomia apatica, sonnolenta, febbricitante. Accusa cefalea continua non molto intensa; la lingua è secca, fuligginosa; la milza notevolmente aumentata di volume; l'addome tumido, dolente alla regione ileocecale; scorgonsi rare macchie di roseola sulla cute arida e secca: le urine torbide per copia di urati contengono traccie di albumina; il polso è valido, normale il respiro.

Spremendo le mammelle esce del colostro; l'utero è aumentato di volume e si eleva col suo fondo a due dita trasverse sopra la sinfisi pubica; il collo uterino rammollato all'apice, è integro e non permeabile al dito. Coll'ascoltazione si sente il soffio uterino, non però il battito cardiaco fetale. Si fa diagnosi di gravidanza al 4.° mese complicata da tifo addominale.

La febbre si mantenne continua ed elevata fino circa al 14 Settembre; la temperatura oscillava fra 39° e 40°, raggiungendo quasi tutti i giorni quest'ultimo grado: comparvero ben tosto scariche diarroiche caratteristiche, si fece sempre più spiccato lo stato di sopore, si avvertì ipostasi polmonare. Il 9 Settembre si potè sentire distintamente il battito cardiaco fetale, che, salvo leggero aumento di frequenza nei periodi di più elevata temperatura, si mantenne sempre regolare. La cura si limitò alla dieta e somministrazione di eccitanti, di salolo, di antipiretici (chinino, antipirina) in piccole dosi; al principio di Settembre avendosi sempre una temperatura superiore ai 39°, si fecero giornalmente bagni raffreddati, raggiungendosi come temperatura inferiore 26°. Dopo il bagno l'ammalata aveva senso di benessere, nè mai si notò che in seguito al bagno fossero insorti disturbi nel battito cardiaco fetale, nè contrazioni uterine. Circa al 14 Settembre la febbre incominciò a decrescere, avendosi talvolta con temperature vespertine di 38. 5, 38. 6, temperature mattutine oscillanti fra 35. 8, 36. 5. La mattina del 19 Settembre trovandosi la donna in questo stato di profondo abbattimento, dopo breve travaglio accompagnato solo da lieve gemizio di sangue espulse un feto vivo di sesso femminile, della lunghezza di cm. 28 e del peso di grammi 415; poco dopo in modo spontaneo espulse gli annessi completi del peso di 200 gr. Feto ed annessi vennero raccolti in panni sterilizzati; il feto morì pochi minuti dopo la nascita. Il puerperio decorse affatto afebbrile fino al 29 Settembre, in cui insorse recidiva di febbre, che si protrasse con spiccate remittenze circa una settimana, di poi la temperatura si mantenne sempre normale e la donna discretamente rimessa in salute lasciò la Clinica alla fine di Ottobre.

Due ore dopo l'avvenuto aborto si procedette all'accurato esame del feto e degli annessi debitamente raccolti. La placenta di normale aspetto nella faccia fetale, presentava sulla sua superficie uterina un coagulo sanguigno aderente del volume di una mandorla; la rimanente superficie era rosea e non presentava lesioni visibili ad occhio nudo; il funicolo ombellicale lungo 45 cm. era esso pure normale; il feto di sesso femminile aveva la cute normale ed in nessun punto offriva segni di affezioni cutanee. Con tutte le cautele suggerite dalla tecnica bacte-

riologica vennero fatte colture e piatte in agar ed in gelatina e colture anche in siero ed in brodo dal sangue della vena ombellicale, dal coagulo sanguigno riscontrato aderente alla placenta, e dal tessuto placentare sottostante messo allo scoperto con taglio fresco. Tutte queste colture vennero eseguite usando in copia sangue e tessuto. Di poi praticata colle debite norme la sezione del feto si fecero colture dal cuore, dal fegato, dalla milza e dal liquido peritoneale.

L'autossia del feto non rilevò alcuna particolare alterazione macroscopica, non ingrossamento della milza, non ingrossamento delle placche di Peyer o dei follicoli linfatici, non ingrossamento delle ghiandole mesenteriche.

Tutte le colture del feto sono rimaste sterili.

Le piatte della placenta (taglio fresco) hanno dato una o due colonie. Le piatte dal coagulo sanguigno hanno dato una decina di colonie tutte eguali fra di loro ed uguali a quelle ottenute dalla placenta, colonie che trasportate in diversi mezzi di coltura hanno dato:

nell'agar, vegetazione abbondante, biancastra in superficie con riflessi azzurrini specialmente per trasparenza, senza sviluppo di bolle di gas, neppure in agar addizionato con glucosio e glicerina;

nel brodo, sviluppo abbondante con intorbidamento del mezzo, — reazione negativa dell'indol;

nella gelatina, si ebbero colonie bianchiccie con caratteristiche venature e senza fluidificazione e senza sviluppo di gas;

sulle patate, sterilizzate all'autoclave e tenute parte alla temperatura di 37°, parte alla temperatura dell'ambiente, si ottenne lo sviluppo caratteristico del bacillo di Eberth, cioè la superficie delle patate apparve splendente, come se fosse bagnata, ed i preparati fatti da essa mostrarono la presenza di miriadi di bacilli mobili isolati o riuniti in filamenti;

nel latte, tanto la inoculazione di colonia dalla placenta, quanto la inoculazione di colonia dal coagulo hanno dato sviluppo di bacilli, senza provocare la coagulazione.

Delle varie colture vennero fatti preparati per l'esame microscopico: — nelle colture in agar si trovarono bacilli piuttosto tozzi, corti; lunghi invece si osservarono nelle colture in brodo. Nelle colture un po' vecchie i bacilli si colorano all'estremità lasciando uno spazio mediano vuoto. La coltura in brodo esaminata a goccia pendente mostra la pre-

senza di bacilli piuttosto lunghi a movimenti vivacissimi (a sciame). Come mezzi di colorazione si usarono la soluzione di Ehrlich, la soluzione di Kühne, la soluzione Ziehl di fucsina; i bacilli ottenuti non si colorano col metodo di Gram.

Tutte le colture vennero fatte procedere di pari passo assieme ad altre di controllo con bacillo di tifo, e con *bacterium coli* possedute dal laboratorio di patologia generale; e mentre per i controlli con bacillo del tifo si ottennero identiche colture, i controlli con *bacterium coli* presentarono principalmente: lo sviluppo di bolle di gas nelle colture di gelatina e di agar addizionato di glucosio; lo sviluppo a strato giallo sporco sulle patate; la coagulazione del latte; l'odore fecaloide della coltura.

Pezzi di placenta, nel tratto vicino al coagulo sanguigno già notato fissati in alcool assoluto, passati in alcool ed etere ed inclusi in celloidina vengono sezionati e colorati col metodo di Kühne e con quello di Nicolle (1).

Nelle sezioni di placenta si poterono dimostrare scarsi bacilli nel coagulo sanguigno, nella caduca serotina, e bene distinti, quantunque rari, negli spazi intervillosi anche profondamente nel tessuto placentare. Non si poterono invece dimostrare bacilli, come non si dimostrò alcuna particolare alterazione di struttura nella milza, nel fegato e nell'intestino del feto.

L'esame istologico del tessuto placentare dimostrò la esistenza di una discreta infiltrazione leucocitaria della decidua serotina e la esistenza di piccoli stravasi sanguigni nel tessuto placentare; non si notarono però lesioni delle villosità coriali (2).

Questa osservazione ci permette adunque di constatare come malgrado una infezione tifosa grave e di lunga durata, il feto potè continuare nel suo sviluppo senza subire notevole influenza per le morbose condizioni materne, e come pur essendo il tessuto placentare invaso dai bacilli del tifo, questi non penetrarono nel torrente circolatorio del feto. Tale reperto negativo mi sembra non possa essere attribuito al metodo di ricerca, sia perchè le seminagioni vennero fatte da varii

---

(1) Bordoni Uffreduzzi. « I microparassiti nelle malattie di infezione. » Milano, 1894, p. 360.

(2) Queste ricerche vennero compiute sotto la direzione del prof. Achille Monti, al quale porgo i più vivi ringraziamenti.

organi fetali (vena ombellicale, cuore, milza, fegato, liquido peritoneale), sia perchè si usarono varii mezzi di coltura, sia infine perchè si ebbe sempre l'avvertenza di seminare una quantità piuttosto abbondante di materiale. Mi parve perciò opportuno richiamare l'attenzione su questo fatto, perocchè solo da una lunga serie d'osservazioni cliniche sarà dato di stabilire quali siano realmente le condizioni che favoriscono od intercettano il passaggio di un particolare microrganismo dalla madre al prodotto del concepimento. Le esperienze istituite sugli animali gravidi hanno in vero rischiarata in parte la soluzione del problema, ma per il diverso modo di comportarsi degli animali di fronte ad un particolare agente patogeno, per la diversa porta di entrata del virus, per il suo diverso grado di virulenza e talvolta anche per la diversa struttura fina degli annessi fetali, le esperienze devono essere interpretate con certe riserve, dando però ad esse un valore decisivo, allorchè sono suffragate da osservazioni sull'uomo.

Il passaggio di elementi figurati dalla madre al feto venne studiato sperimentalmente iniettando nel torrente circolatorio materno granuli inerti e ricercandoli poi nel sangue fetale. Sono noti a questo proposito fra gli altri i lavori di Reiz, di Miropolsky, di Maugeri; quest'ultimo spiegò i risultati positivi da lui ottenuti invocando l'azione dei globuli bianchi (1).

Le ricerche di Malvoz (2) portarono una certa chiarezza nello studio del problema; egli in appoggio ad una serie di accurate esperienze si oppose alla opinione di Koubassof che la trasmissione dei microrganismi dalla madre al feto sia un fatto costante, e sostenne invece la legge generale di Wyssokowitsch, che cioè il passaggio di microrganismi al feto sembra sia legato a lesioni anatomiche. Tali lesioni riguardano precisamente il tessuto placentare, e perciò in parte dipendono dalla struttura di questo tessuto, in parte dalle proprietà del microrganismo in questione. Il Simon (3) facendo esperienze col carbonchio introdusse

---

(1) Maugeri Romeo. « La placenta è, oppure no, un vero filtro? » *Ann. di Ostetricia e Ginecologia*, 1889, pag. 1.

(2) Malvoz « Sur la transmission intraplacentaire des microrganismes. » *Annales de l'Institut Pasteur*, 1888, pag. 121.

(3) Simon. « Beitrag zur Lehre von dem Uebergang pathogener Mikroorganismen von Mutter auf Foetus. » *Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn.*, 1889, Bd. XVII, pag. 126.

come fattore anche la durata della malattia materna. Che le lesioni placentari costituiscano una condizione con tutta probabilità necessaria al passaggio intraplacentare dei microrganismi, appare anche dalle citate osservazioni nel tifo addominale, non essendo dai più accettata la opinione di Baumgarten, il quale ammetteva che i bacilli potessero passare nei vasi fetali senza spiccate lesioni dei medesimi. Così anche Latis nelle sue esperienze col carbonchio spiegò la trasmissione dei bacilli colla esistenza di alterazioni vasali. Il Fränkel è esplicito e dice che tale passaggio è impossibile quando la placenta si mantiene in condizioni normali. Senza voler accettare una tale asserzione in modo assoluto, mi sembra che le lesioni utero-placentari costituiscano una condizione importantissima, se non necessaria alla trasmissione intrauterina dei microrganismi. Tali lesioni placentari possono essere rappresentate o da stravasi sanguigni con eventuale rottura o lesione dei capillari coriali, oppure anche da localizzazione di microrganismi patogeni in grembo al tessuto placentare. Nella osservazione esposta i tifo bacilli constatati nel tessuto placentare non passarono nel torrente circolatorio del feto, perchè il distacco placentare non produsse rottura dei vasi fetali e perchè la pronta espulsione del prodotto del concepimento non lasciò tempo all'agente patogeno localizzato nella placenta di produrre alterazioni nelle pareti dei vasi fetali.

Collo studio di queste lesioni si collega quello delle endometriti infettive. È noto come in molte malattie infettive siasi osservata la esistenza di un processo di endometrite, ed il Winckel (1) nel suo recente lavoro sulla eziologia della endometrite ha raccolto tutte le osservazioni finora note sull'argomento. Anche nel tifo addominale venne constatata una forma di endometrite da Massin (2); Slawiansky in una donna morta di tifo trovò una metrite interna villosa. Si comprende come un tale processo morboso colpendo la caduca possa determinare le condizioni favorevoli al passaggio dei microrganismi attraverso la placenta. La caduca appartenente al caso esposto presentava una notevole infil-

---

(1) Winckel. « Die Aetiologie der Endometritis. » *Verhandlungen der deutschen Gesellsch. f. Gyn. Kongr.*, VI, pag. 97.

(2) Massin. « Zur Frage über Endometritis bei acuten infectiösen Allgemein-erkrankungen. » *Archiv. f. Gyn.*, Vol. XL, pag. 146.

trazione leucocitaria e localizzazione dei bacilli del tifo, senza che perciò si potesse parlare di un processo di vera endometrite.

In un recente lavoro Gottschalk ed Immerwahr (1), in base alle loro ricerche batteriologiche nelle endometriti, esprimono la opinione che i processi di endometrite riscontrati nelle malattie acute infettive siano da attribuirsi piuttosto all'azione delle tossine, che non a quella diretta dei microrganismi, opinione questa già emessa da Schutz.

Nello studio delle cause favorevoli alla trasmissione intraplacentare dei bacilli di Eberth si deve tener conto anche delle importanti ricerche di Rattone sull'arterite tifosa (2). Tali lesioni vasali determinate dal bacillo dell'ileo tifo non vennero ancora studiate rispetto all'utero gravido, ma è facile comprendere la importanza che esse possono avere nel determinare le alterazioni utero-placentari sopra menzionate.

Infine ricorderò come oltre alla via sanguigna se ne sia ammessa anche un'altra per la quale i microrganismi possono passare dalla madre al feto. Il Lebedeff appunto ha creduto di poter spiegare il passaggio dello streptococco di Felheisen all'embrione per una specie di filtrazione attraverso le membrane o attraverso il cordone ombellicale. Anche nelle esperienze fatte col bacillo di Eberth avvenne sovente di trovare il microrganismo nel liquido amniotico; ma per quale via esso vi sia giunto finora non siamo in grado di dimostrare.

Non mi sembra opportuno esporre qui la questione se il bacillo di Eberth e il bacillo di Escherich costituiscano due specie diverse o soltanto due varietà, opinione quest'ultima che va guadagnando terreno fra i bacteriologi. Ho riferito i caratteri pei quali il microrganismo da me trovato nella placenta potè essere identificato per il bacillo di Eberth, anzichè per il *bacterium coli,* lasciando ogni discussione in riguardo, perchè sarebbe uscita dall'orbita della presente nota.

Una questione di non minore importanza è quella se le tossine elaborate dai microrganismi nei tessuti materni passano attraverso la placenta nel sangue fetale. Sorta da prima per lo studio della cosidetta vaccinazione intrauterina, risorge ora per la sieroterapia. Difatti venne

---

(1) Gottschalk und Immerwahr. « Ueber die im weiblichen Genitalcanale vorkommenden Bakterien in ihrer Beziehung zur Endometritis. » *Archiv. f. Gyn.,* Bd. L, pag 406.

(2) Rattone. « Dell'arterite tifosa. » *Morgagni,* 1887.

provato (1) che i nati da cavalle iniettate per la preparazione del siero antidifterico, presentavano essi pure un siero dotato di notevole potere immunizzante. Avviene ciò anche per la febbre tifoide? È lecito l'ammetterlo; tanto più essendo ormai fuori di discussione che sostanze liquide o gasose possono passare attraverso ai sepimenti utero placentari. Non è improbabile che lo stato marantico del bambino nato dalla donna di cui è oggetto la prima osservazione esposta, debbasi attribuire alla dannosa influenza della infezione cui andò soggetta la madre durante la gravidanza. Ciò ne indica che il feto può soffrire tanto se la placenta è alterata, quanto se essa è sana; a placenta alterata il feto può essere colpito direttamente dai micro-organismi patogeni; a placenta sana può venire offeso dai prodotti dei micro-organismi stessi. Forse in taluni casi la morte del feto è dovuta a questo processo di intossicazione.

Lo studio dell'influenza che la febbre tifoide esercita sulla gravidanza meriterebbe una lunga discussione, ma io uscirei dai limiti propostimi e non potrei con troppo scarso materiale trarne solide conclusioni; mi limiterò soltanto ad osservare come l'aumento della temperatura materna eserciti sul decorso della gravidanza e sullo sviluppo del feto una influenza secondaria rispetto al grado ed alla natura del processo infettivo. Inoltre il caso clinico narrato ed altri di cui feci cenno nell'esporre le osservazioni della letteratura, dimostrano come soventi l'interruzione della gravidanza venga in scena non all'acme del processo febbrile, ma piuttosto all'appressarsi o già nei primi giorni di apiressia. Ciò talvolta è dovuto all'avvenuta morte del feto, ma non di rado a distacchi placentari che si producono appunto a quest'epoca e per le facili alterazioni del circolo sanguigno e perchè le condizioni di rapporto fra placenta ed utero più facilmente possono essere alterate. Merita ancora di essere rilevata la temperatura subnormale osservata talora dopo l'espulsione del prodotto del concepimento, tal'altra prima di essa.

L'aborto avviene generalmente senza particolari complicanze, e come appare dai casi clinici riferiti non esercita punto influenza funesta sul decorso della malattia. L'influenza che il passaggio di ba-

---

(1) De Martino e Ceni. *Gazz. Med. Lomb.*, 30 Maggio 1895.

cilli del tifo esercita sul feto non è bene nota, ma è probabile che esso vada soggetto ad un processo di setticemia.

Mi sembra perciò di poter trarre le seguenti conclusioni:

1.° Il passaggio del bacillo del tifo dalla madre al feto non è un fatto costante, ma subordinato a particolari circostanze, quali emorragie placentari od anche semplici localizzazioni del processo tifico nella placenta, alterazioni cioè capaci di stabilire lesioni nei capillari delle villosità coriali.

2.° Malgrado la temperatura elevata e la infezione della donna, la gravidanza può continuare nel suo decorso ed il feto progredire nello sviluppo rimanendo illeso dalla infezione, ma subendo con tutta probabilità una influenza or più or meno dannosa dalle tossine prodotte nell'organismo materno.

3.° Il pronostico della gravidanza nel corso del tifo addominale deve essere molto riservato anche quando incomincia il periodo di apiressia, perchè appunto in quest'epoca, a causa dei facili squilibri circolatori, ed a causa di eventuali alterazioni della decidua, si osserva con discreta frequenza la interruzione abortiva della gravidanza.

L'ostetricia moderna ed il suo indirizzo

Prelezione tenuta il 23 Novembre 1895
dal Dottor **ERMANNO PINZANI**
Prof. di Ostetr. e Ginec. nella R. Univ. di Pisa

Signori,

Fin dal primo presentarmi dinanzi a voi due sentimenti agitano profondamente l'animo mio: da un lato la gratitudine verso quest'illustre Facoltà medico-chirurgica, che volle accogliermi nel suo seno, proponendomi a S. E. il Ministro della Pubblica Istruzione come insegnante di cose ostetriche e ginecologiche, dall'altro il timore che le mie forze non bastino a tanto, sebbene fermo sia in me il proposito di adempiere con tutta coscienza i gravi doveri che per ciò m'incombono, e di curare con ogni mezzo che la vostra educazione scientifica, o giovani, sia in tali discipline la più completa possibile. Ed anche maggiormente sentito è in me il timore, in quanto che sono destinato a succedere in questa cattedra al chiarissimo Prof. Comm. Carlo Minati, a quell'illustre maestro e più che maestro padre dei suoi allievi, che a rare qualità didattiche congiungendo profonda dottrina e somma abilità clinica, meritatamente sedette e siede tuttora in alto fra gli ostetrici italiani. A lui il reverente saluto del successore!

Grave è invero il compito mio, massimamente ora che l'ostetricia ha dinanzi a sè orizzonti molto più vasti di qualche anno fa e, come tutte le scienze biologiche, partecipa all'attività febbrile di questo scorcio di secolo e su nuovo indirizzo muove alla conquista di nuovi veri, fonti di pratiche applicazioni. Infatti se volgendoci un po' indietro, fissiamo lo sguardo nell'ostetricia di un tempo che non è molto lungi da noi, e ne facciamo il confronto con l'ostetricia moderna, quanta differenza vi si scorge! quanto cammino si è percorso!

E qui con vera soddisfazione debbo ricordarvi che in questo rinnovellamento dell'ostetricia l'Italia non è stata estranea, anzi vi ha avuta una parte non piccola per opera d'illustri campioni, fra i quali basta nominare G. B. Fabbri, Tibone, Chiara, Porro, Minati, Pasquali, Morisani, Cuzzi, Calderini, Mangiagalli, Chiarleoni, Inverardi, ecc. ecc. e la lunga serie dei loro allievi.

Se è vero che in passato l'ostetricia di tratto in tratto si arricchiva di qualche scoperta senza dubbio importante nel campo scientifico, se è vero che di quando in quando mandava qualche sprazzo di viva luce per opera di ingegni eletti, è pur vero che allora i più degli ostetrici si occupavano quasi esclusivamente della parte operatoria, limitandosi però solo alle poche operazioni praticabili o con manovre esterne o con manovre vaginali, e rifuggendo con orrore da tutti gli atti cruenti, come quelli che per esperienza secolare quasi sempre equivalevano a condanna di morte delle povere operate. Fatte rare eccezioni, tutta l'attività dell'ostetrico si esauriva nel modificare processi operatori ed in ispecial modo strumenti, il più delle volte non secondo criteri scientifici, ma dietro quanto veniva suggerito dall'esperienza e dall'abilità personale, di guisa che ognuno si creava il proprio armamentario e non usava che quello. Per tal modo non si giungeva ad altro che a moltiplicare eccessivamente il numero degli strumenti, la maggior parte dei quali oggi come arnesi inutili popolano i musei e servono solo alla storia.

Ma ora le cose sono molto cangiate; il campo di studio e di azione è per l'ostetrico assai più vasto. Dopochè Porro, or sono omai vent'anni, praticava con felice successo per la madre e pel bambino il taglio cesareo susseguito dall'amputazione utero-ovarica, dopochè per la scoperta dell'antisepsi e dell'asepsi si ebbe la certezza che il cavo peritoneale non era più quel *noli me tangere* d'altri tempi, dopochè Van Aubel e specialmente Sänger, Kehrer, Leopold, Schultze richiamarono a nuova vita il taglio cesareo classico e, aggiungendovi la sutura della ferita uterina con l'affrontamento delle superfici sierose, ne ebbero ottimi risultati, si compì una vera rivoluzione nel campo dell'ostetricia operativa per essersi resa praticabile una nuova via d'estrazione del feto, via, che prima d'allora era stata quasi abbandonata, perchè irta di pericoli e seminata di morte. E se per qualche tempo è stato necessario assistere ad una certa lotta tra il taglio cesareo conservatore rinnovellato ed il demolitore volendo l'uno detronizzare l'altro,

però dopo più accurato esame si è dovuto riconoscere avere entrambi nella pratica dominii ben definiti e diversi.

L'ostetrico non fu pago di queste nuove conquiste: volle di più. Ed ecco nel 1879 Bischoff aggiungere al taglio cesareo l'asportazione non solo del corpo dell'utero, come avevano già fatto Storer e Porro, ma del viscere intero; ed ecco questa nuova operazione praticata sia col metodo addominale, sia col metodo misto vagino-addominale, trovare anche oggi le sue indicazioni.

Evidentemente grado grado che il taglio cesareo perfezionava i suoi processi e offriva garanzie sempre maggiori per le operate, i casi altra volta destinati all'embriotomia andavano di pari passo diminuendo di numero, tanto che ormai può dirsi che l'ostetrico non si trova più nella triste alternativa o di dover aspettare accidiosamente collo strazio nell'animo la morte del feto per attaccarne la continuità, oppure di dover infiggere l'arma omicida sopra di esso, convertendo così in istrumento di morte quella mano, che invece era destinata a portare la salute e la vita.

Nè solo per diminuire il numero dell'embriotomie fu proposta ed eseguita l'operazione cesarea moderna, ma lo fu anche nell'interesse della madre; e così noi vediamo Halbertsma non arrestarsi dinanzi a quest'atto operativo, allorquando l'eclampsia durante la gravidanza o durante il soprapparto minaccia da vicino la vita della donna, e così vediamo il suo esempio esser seguito arditamente da altri.

Nè ciò basta. Gli ostetrici resi arditi dai buoni risultati ottenuti colla laparotomia nel periodo antisettico, rivolsero i loro sguardi anche alla gravidanza extrauterina. Ognun sa che dessi avanti questo periodo atterriti dagli esiti infausti, che seguivano alla laparotomia in simili casi, vi avevano quasi rinunciato e vi ricorrevano sol quando dall'urgenza vi eran costretti forzatamente. È vero che Heim ed Osiander avevano già consigliato di por mano al bisturi e di estirpare l'uovo in principio di gravidanza, non appena si fosse riconosciuta l'anormalità. Ma è pur vero che il loro consiglio rimase sempre allo stato di semplice proposta; e intanto si preferiva di arrestare il corso della gestazione nei primi mesi sia col pungere la cisti fetale mediante un sottile trequarti, come (secondo il suggerimento di Scanzoni), praticavano fra gli altri Martin, Braxton-Hicks, Simpson, Greenlagh, sia coll'uccidere il feto in varie maniere, o ricorrendo alle inie-

zioni endovulari di sostanze tossiche, come proponeva Joulin ed eseguivano Friedreich, Köberlé, ecc., o adoperando l'elettricità, come pensava Dubois e facevano Braxton-Hicks ed altri. Ma ora, dopo la scoperta dell'antisepsi, la terapia della gravidanza extrauterina è entrata in una nuova fase: in tali casi oggi da tutti viene trovato giustissimo ed abbracciato senza esitazione il consiglio di Keller, altra volta così combattuto, d'intervenire cioè mediante la laparotomia; in tali casi oggi da tutti viene seguita la regola posta da Werth, di curare la gravidanza extrauterina come si curerebbe un tumore maligno, vale a dire con un intervento chirurgico pronto e radicale. I risultati felici diedero e danno ragione a questo modo di procedere. E mentre pochi anni fa s'insegnava e si ripeteva che, praticando la laparotomia primaria per gravidanza ectopica, la placenta non doveva esser toccata, oggi si arriva al punto di estrarla e con tale esito che su 15 casi, nei quali dal 1887 in poi si eseguì il distacco di essa o con suture sull'area di sua inserzione o con allacciatura preventiva dei vasi utero-ovarici ed uterini o con demolizione parziale e totale dell'utero, si ebbero 15 successi.

Ma ben'altri servigi ancora era chiamata a rendere la laparotomia in ostetricia. E così in certe peritoniti puerperali Boje, Playfair, Sonnenburg, Kaltenbach, Bouilly, Denucé, Raymond, Evans, Price ed altri ricorsero all'apertura del ventre, ottenendone la guarigione delle inferme. Così nelle rotture dell'utero, in questo tremendo accidente che non ha guari portava alla tomba la massima parte delle donne da esso colpite, ora l'ostetrico ricorrendo alla laparotomia diviene veramente utile e salva un buon numero di tali infelici. Di fatti per questa via può applicare suture sulla ferita del viscere ad imitazione di Black, di Schröder e recentemente di Fehling, di Mertz e di tanti altri, o può eseguire l'amputazione sopravaginale dell'utero, come per la prima volta fece in tali casi Prévôt e non è molto praticai io pure con successo, o può ricorrere all'asportazione totale dell'organo leso, seguendo l'esempio di Coe, di Bidder, ecc. Così in presenza di sintomi gravi determinati da un fibroma uterino o da un tumore dell'ovaia o della tromba durante la gravidanza A. Martin, Freund seniore, Springsfeld, Wyder, Phenomenoff, Kaschkaroff, Mendes de Leon, Bouilly, Sulton, Mosetig-Moorhof, Sacré non esitarono di ricorrere alla laparotomia susseguita dall'amputazione sopravaginale dell'utero, sebbene il feto non fosse

ancora vitale. Così su donne incinte non giunte per anco alla fine del sesto mese, ma affette da carcinoma del collo o da fibroma uterino con gravi sintomi di compressione, Spencer-Wells, Zweifel, A. Martin, ecc. tentarono con esito fortunato per la madre l'asportazione dell'utero mediante la laparotomia. Così pure di fronte ad un utero puerperale infetto Schultze, Stahl ed altri non indietreggiarono dinnanzi all'idea dell'apertura del ventre per eseguire l'amputazione utero-ovarica.

Ma qui mi arresto, poichè credo di aver portati esempi a sufficienza per dimostrare quanto abbia ingrandito il campo d'azione dell'ostetrico la via addominale divenuta ora libera e piana, e quanto da tale via abbia tratto profitto l'umanità sofferente.

E mentre ciò succedeva, l'ostetricia si arricchiva pure di nuove operazioni praticate dalla vagina. Per esser breve mi limiterò a tre sole di esse, che per l'importanza loro sono degne di menzione. Le incisioni profonde del collo, il tamponamento endouterino e l'isterectomia vaginale a scopo ostetrico. Il metodo delle incisioni profonde del collo proposto da Skutsch ed eseguito per la prima volta da Dührssen, ha reso realmente e rende grandi servigi all'ostetrico esperto e fornito di larga pratica nell'uso dell'antisepsi, quante volte la porzione vaginale non essendo dilatata, è ad esso imposta la rapida terminazione del parto da un grave pericolo minacciante la vita della madre o quella del feto, come non di rado avviene nell'eclampsia. Il tamponamento endouterino sebbene fatto qualche volta dagli antichi, però in modo molto primitivo, fu introdotto nella pratica metodicamente nel 1888 pure da Dührssen, ed ora costituisce per consenso unanime un mezzo potentissimo, di cui il pratico si vale nelle profuse emorragie *post partum*. Anche l'isterectomia vaginale trovò ultimamente le sue indicazioni in ostetricia. E per non dir altro ricorderò che nel Febbraio scorso E. T. Davis consigliava nelle gravi infezioni puerperali fra i diversi mezzi di cura anche tale atto operatorio, e che nel sesto congresso della Società tedesca di ginecologia tenuto a Vienna nel Giugno di quest'anno, Neugebauer annunziava di aver praticato per il primo l'estirpazione dell'utero per la via della vagina in caso di rottura di esso e Chrobak si mostrava molto favorevole a simil modo di procedere.

Ma non basta ancora. Un altro atto operativo cruento è divenuto oggi di uso comune nell'esercizio ostetrico. Parlo della sinfisiotomia, che, se fu proposta da Sigault nel 1768 ed eseguita per la prima volta

da lui nel 1777 in Francia (o, secondo l'asserzione probabilmente erronea di Cattolica, da Domenico Fontana nel 1774 a Napoli), era stata però respinta ovunque per gl'insuccessi ed aveva trovato rifugio solo in Italia e in particolar modo nella scuola napoletana. In questi ultimi tempi di là rifulse di nuova luce e per opera di uno strenuo e convinto apostolo, qual'è il nostro Morisani, si procacciò favore in ogni parte del mondo e conquistò così un posto importante fra le operazioni destinate a garantire la vita del feto. Di fatti essa entrata durante il periodo listeriano in una nuova fase, modificata in varie maniere, coronata da bellissimi risultati, concorre oggi col taglio cesareo a far diminuire grandemente il numero delle embriotomie e nel medesimo tempo viene a limitare i confini d'azione della stessa gastro-isterotomia nelle distocie per vizio pelvico.

Di più non pago delle conquiste fatte, l'ostetrico volle ampliare anche il bacino obliquo-ovale di Naegele, che dalla sinfisiotomia otteneva poco o niun vantaggio: ed ecco Farabeuf, il quale, imitando qualche cosa di simile già immaginato nei restringimenti pelvici da Aitken e da Galbiati, dà in questi ultimi tempi diffusione a quell'atto operativo da lui chiamato ischio-pubiotomia; ecco Pinard, il quale lo esegue per la prima volta con pieno successo.

Se dopo quanto ho detto è evidente che l'ostetricia moderna non è più chiusa dentro quei modesti confini d'altra volta, bisogna pur riconoscere che oggi il suo dominio si è reso anche più vasto per l'annessione della ginecologia all'ostetricia, annessione che secondo giustizia è stata fatta di recente. Dico « secondo giustizia » poichè è veramente strano l'ammettere che quegli, il quale studia gli organi generativi femminei e le loro manifestazioni nella vita riproduttiva, non debba interessarsi anche delle malattie loro fuori dello stato di maternità e dei mezzi di cura per rimediarvi, tanto più che non picciol numero di esse sono una conseguenza diretta della gravidanza, del parto e del puerperio. Si divida e suddivida quanto si voglia la medicina pratica, ma non si troverà mai al dì d'oggi un ramo qualunque di essa, che unicamente si occupi dell'anatomia e della fisiologia di un dato apparecchio o sistema e non dell'intera sua patologia e terapia. E perchè ciò dovrebbe verificarsi per rispetto agli organi generativi muliebri? Tanto intimo è il legame fra l'ostetricia e la ginecologia, che se l'osterico non è anche valente ginecologo e questi non conosce pro-

fondamente l'ostetricia, pur troppo molti inconvenienti si hanno a lamentare nell'esercizio pratico, massimo quello della confusione tra gravidanza e affezioni dell'apparecchio sessuale femminile con le tristi conseguenze che ne derivano. Tanto intimo è il legame tra l'ostetricia e la ginecologia, che quanto si fa nell'una disciplina viene spesso applicato nell'altra ed ambedue s'inoltrano nella via del progresso, risentendo non di rado la reciproca influenza. Fra i molti esempi che potrei citare a questo riguardo, darò la preferenza a due, perchè mi paiono convincentissimi. E così i metodi proposti da Eichelberg, da Michaelis, da Manerba e da altri allo scopo di dilatare in maniera cruenta l'ultima porzione del canale del parto, non trovano forse riscontro in ciò che non ha guari consigliavano Mikulicz, Leopold e più vicino a noi Chaput e Ruggi per facilitare l'estirpazione vaginale dell'utero fattosi molto voluminoso per fibromi? E così quello che eccitò Porro a praticare il 21 Maggio 1876 la ormai celebre amputazione sopravaginale dell'utero dopo il taglio cesareo, non fu forse il felice successo ottenuto da Péan mediante la laparo-isterectomia con trattamento esterno del peduncolo in casi di miomi uterini? non fu forse la pubblicazione di un'importante lavoro fatta da Péan medesimo nel 1873, in cui le regole di tale atto operativo erano stabilite con una precisione fino allora sconosciuta? E tutte le modificazioni apportate di poi al trattamento del peduncolo dopo l'isterectomia per fibroma non hanno avuto forse uno specchio fedele nel trattamento del peduncolo dopo l'isterectomia cesarea? E se tanto intimi sono i rapporti tra l'ostetricia e la ginecologia, è chiaro che sarebbe illogico e dannoso alla scienza ed all'insegnamento separare l'una dall'altra queste due discipline.

Nè vorrei si pensasse che da tale unione viene danno alla chirurgia: no, la chirurgia al giorno d'oggi ha dinnanzi a sè campi troppo vasti, dove portare la sua opera benefica, troppi terreni inesplorati, dove cimentarsi in nuove ricerche, in nuovi tentativi, in nuove scoperte, per doversi interessare della ginecologia ancora. E questa d'altra parte passando all'ostetrico, non può che risentirne un reale vantaggio. Ed invero siccome egli a differenza del chirurgo, rivolge i suoi studi e la sua attività ad un solo apparecchio, e precisamente all'apparecchio generativo femminile di cui per l'appunto si occupa anche la ginecologia, così può attendere a questa con maggiori cure e con maggior profitto. Ed infatti là dove tale unione è da qualche tempo sostanzialmente av-

venuta, la ginecologia a grandi passi si è avanzata e si avanza tuttora nella via del progresso, ed i nomi di Schröder, di Hegar, di Hofmeier, di Leopold, di Winckel, di Schultze, di Sänger, di Fehling, di Fritsch, di Dührssen, di Olshausen, di Veit, di Freund, di Zweifel, di Kehrer, di Schauta, ecc., ecc., che ad ogni piè sospinto nei trattati e nei giornali si trovano legati a miglioramenti e scoperte nel campo ginecologico, sono per l'appunto nomi di ostetrici illustri. E S. E. il Ministro della pubblica istruzione, il valente clinico prof. Guido Baccelli, riconobbe egli pure giusto ed utile che nello stesso istituto fossero riuniti l'insegnamento dell'ostetricia e quello della ginecologia e che le cliniche ostetriche fossero convertite in istituti ostetrico-ginecologici, ed a ciò provvide col suo regolamento del 25 Sett. 1881. Ed io nell'assumere la direzione di questa clinica ostetrica sono lieto di vedere che ad essa sono aggiunti alcuni letti destinati per donne colpite da malattie dell'apparecchio generativo. Ciò mi lusinga e m'incoraggia non poco, perchè mi dimostra che questa Facoltà medico-chirurgica e questa Amministrazione ospitaliera non si arrestano dinanzi ad ostacoli per seguire il progresso scientifico e per render sempre più proficuo il vostro insegnamento e più estesa la vostra istruzione, o giovani.

E mentre, come ho dimostrato, l'ostetricia moderna allargava assai i suoi confini, si metteva in pari tempo su una nuova via e valendosi dei metodi d'indagine di cui dispongono oggi le scienze biologiche, giungeva alla conquista di nuove verità, da alcune delle quali ha già saputo trarre utilissime applicazioni pratiche. E così noi la vediamo non indarno ricorrere agli esami istologici, adentrarsi nelle ricerche batteriologiche e chimiche, chiedere aiuto all'esperimento per chiarire quanto si riferisce all'apparecchio generativo muliebre ed alle sue funzioni tanto nello stato fisiologico, quanto nel patologico, e per trovare mezzi di cura contro le sue anormalità. Tale indirizzo preso oggi dall'ostetricia e dalla ginecologia ha dato in breve tempo frutti immensi. Certo non ho in animo di venir qui a ricordarvi tutto ciò che si è giunto a conoscere in queste due discipline seguendo la nuova via: il tempo mi mancherebbe e la vostra pazienza sarebbe messa a dura prova. Mi limiterò solo a riferire a mo' d'esempio qualcuna delle scoperte così fatte e qualcuno dei corollari pratici che ne son derivati.

E senz'altro incomincio dalle ricerche istologiche. Dappoichè in questi ultimi anni specialmente da Wyder, Cornil, Williams, Kundrat,

Engelmann, Leopold, Mörike, De Sinéty, Friedländer, Fischel, ecc. ci fu indicato con precisione il modo con cui è costituita la mucosa dell'utero, e dappoichè ci fu dimostrato che distrutta questa anche completamente, rimane sempre nei fondi glandulari, che penetrano nello strato muscolare, la matrice per la reintegrazione dell' epitelio, abbiamo appreso che il raschiamento dell' utero, se praticato con certa moderazione, non può portare alcun danno alla ricostituzione della mucosa. Ma nel medesimo tempo abbiamo imparato pure che l'uso dei caustici forti nell' interno del viscere od un raschiamento troppo profondo possono far sì che la mucosa sia rimpiazzata da un tessuto di cicatrice con conseguenze gravi, quali la stenosi del collo ed anche la completa scomparsa della cavità uterina, come, non è molto, ha osservato Fritsch in seguito ad un raschiamento eseguito con troppo zelo durante il puerperio. Ed egualmente dopochè Panizza, Leopold e Mierzejewski fra gli altri descrissero con precisione la maniera di comportarsi dei linfatici uterini, non solo si arguì la spaventevole facilità con cui possono partire in puerperio le infezioni dall' utero, e si trovò la ragione per cui queste così di frequente determinano perimetriti, parametriti ed anche peritoniti generali; ma si comprese pure quanto sia pericoloso l'introdurre nella cavità dell' utero puerperale sostanze tossiche in una certa misura. Ed ecco come conseguenza logica sorgere il precetto pratico di non adoperare mai, specialmente nei primi giorni dal parto, sostanze antisettiche molto velenose per lavande endouterine o almeno di usarle con avvertenze speciali, se non si vogliono lamentare casi di intossicazione. E del pari, solo perchè ora è ben nota la struttura della caduca e dei villi coriali massimamente per opera di Kölliker, Langhaus, Hertwig, Leopold, Turner, Balfour, Winkler, Waldeyer ecc. e degli italiani Ercolani, Romiti, Tafani, Colucci, Paladino, Luzi, Lombardini ed altri, in questi ultimi anni si è potuto studiare istologicamente e clinicamente, nella sua natura e nella sua etiologia il deciduoma maligno (argomento così importante per la pratica) da Sänger, Khalden, Pestalozza, Gottschalk, Schmorl, Lebensbaum, Jeannel, Marchand, Ahlfeld, Everke, Meckel, Gregorini, Guttenplan, Meyer, Pfeiffer, Kaltenbach, Rummel, Müller, Löhlein, Nové-Josserad, Paviot, Köttnitz, Klein, Menge, Bacon, W. Whitrige, Pick, Kuppenheim, ecc.

E non volendo moltiplicare a questo riguardo gli esempi, vengo

senz' altro alle ricerche batteriologiche, che, come le istologiche e più ancora di esse, servirono al progresso della ginecologia e dell'ostetricia ed a queste apportarono non piccol vantaggio pratico. Anche qui mi limiterò a pochi esempi. Furono gli studi batteriologici, che indicarono ad Acconci essere la degenerazione microcistica dell'ovaio non di rado un esito del processo tubercolare di quest'organo, per cui la sua presenza deve generar sempre nell'animo del pratico il sospetto ed il timore che il terribile bacillo di Koch si asconda in qualc' altro punto dell' apparecchio generativo o altrove, in luogo insomma che offra a tale microrganismo un terreno di coltura molto più propizio dell'ovaio. Fu la batteriologia, che fece riconoscere a Clivio l'esistenza d'un' endometrite prodotta da saprofiti, la quale altrimenti pei caratteri clinici sarebbe facilmente confusa con una neoformazione maligna della mucosa del corpo uterino. Furono le ricerche batteriologiche, che dimostrarono vero quanto parecchi anni fa asseriva Schröder, che cioè tutte o quasi tutte le infiammazioni dell'utero sono d'origine infettiva e che moltissime metriti sono dovute all' infezione puerperale più o meno attenuata, più o meno localizzata. Donde il precetto pratico di cercare con ogni cura che il canal genitale sia asettico durante il parto ed il puerperio e di esplorare (checchè ne dica Budin) l'interno dell'utero e di nettarlo esattamente sopra tutto col dito, non appena dopo un parto od un aborto nasca il sospetto che qualche residuo ovulare sia rimasto nella cavità del viscere.

Ma niuno ignora che dalle indagini batteriologiche più della ginecologia ritrasse vantaggio l'ostetricia. Di fatti allorchè Rosenbach e Passet scopersero i piogeni inquinanti le ferite e Pasteur, Chauveau, Fränkel, Cushing, Doyen, Winkel, Hartmann, Zweifel, Gönner, Monti, Clivio, Zuco, Lustig, Czerniewski, Widal, ecc., trovarono nelle puerpere febbricitanti gli streptococchi e Bumm, Clivio ed altri gli stafilococchi oltre gli streptococchi, non solo veniva riconosciuto quali sono gli agenti infettanti, che il più delle volte producono la febbre puerperale, ma rimaneva assodato ancora che questa e la suppurazione chirurgica sono assai spesso identiche nell' essenza. Dico assai spesso, perchè è ormai risaputo che, se la febbre puerperale è molto di frequente determinata dai piogeni comuni, talora lo è pure dal *vibrio septicus* di Pasteur o bacillo dell' edema maligno di Koch, dal *bacillus coli* di Escherich, dal *gonnococcus* di Neisser ed anche da certi saprogeni.

Arguita prima e dimostrata poi si fatta identità tra i due processi morbosi, si trassero immantinente corollari pratici, di maniera che si applicarono tosto in ostetricia tutti quei mezzi profilattici suggeriti da Lister per impedire la sepsi delle ferite; ed ecco sorgere l'antisepsi ostetrica, che ben presto si diffonde ovunque ed in Italia pure trova i primi e più caldi seguaci ed apostoli in Chiara, Mangiagalli, Tibone, Cuzzi, Calderini, Negri, ecc.; ecco diminuire la mortalità in puerperio del 27.5 0[0 in Prussia, del 40.3 0[0 a Berlino e discendere nelle Cliniche ostetriche dal 10-17 e perfino 26 0[0 al 0,96 ed al 0,16 0[0, come risulta dalla statistica di Dohrn; ecco ricacciata quasi completamente dalle Maternità il terribile flagello della febbre puerperale, che altra volta secondo Hervieux stava alla donna come la guerra all'uomo e che al dire di Cuzzi mieteva maggior numero di vittime del vaiolo, della scarlattina e del colera stesso.

E qui permettetemi una digressione per ricordarvi ad onor del vero che già molto prima di quest'epoca, fin dal 1847, si era levata la voce di un ostetrico, il quale precorrendo i tempi, aveva conosciuto e dimostrato che il virus cadaverico, i liquidi putridi del canal genitale ed il pus potevano inquinare le ferite determinate dal parto e divenire cagione di febbre puerperale. Onde fin d'allora egli consigliava di usare ogni mezzo per impedire il contatto di queste sostanze con la puerpera, da lui considerata come un ferito, e giungeva perfino ad imporre agli studenti di lavarsi le mani con una soluzione di cloruro di calce e di servirsi dello spazzolino da unghie prima di praticare un esame ostetrico o prima di assistere una partoriente. Questo genio è Semmelweiss, o signori, colui che Schröder chiama uno dei primi fra i benefattori dell'umanità, che Hebra paragona sotto questo punto di vista a Jenner e che, se fosse stato ascoltato e non fosse stato vittima di un' opposizione sistematica massimamente per opera di Kiwisch, di Scanzoni, di Braun, di Seyfert, di Dubois, avrebbe spinto l'ostetricia per tal via, che, come scrive Cuzzi, questa « nel mirabil progresso della cura antisettica delle ferite avrebbe trascinato con sè la chirurgia, invece di essere più tardi condotta a rimorchio dalle idee listeriane. »

Sempre per riguardo alla profilassi della febbre puerperale gli ostetrici in questi ultimi tempi hanno pensato di sostituire l'asepsi all'antisepsi nell'assistenza al parto, prendendo anche qui come punto di partenza le ricerche batteriologiche e precisamente quelle di Gönner,

di Winter, di Mironow, di Bumm, di Stroganoff, di Döderlein, di Krönig e di altri, secondo le quali o si dovrebbe escludere addirittura la presenza dei piogeni nella vagina e nel canal cervicale delle gravide, o, riconosciutane l'esistenza, si dovrebbe però ammettere che il loro potere virulento è attenuato od estinto.

Ma il sapere che nel canal genitale della gravida esistono certamente i microrganismi della putrefazione, gli studi di Kehrer, di Steffeck, ecc., pei quali in mezzo ai microbi contenuti nella vagina e nel collo si dovrebbero ammettere normalmente anche quelli della suppurazione con tutto il loro potere virulento, le esperienze infine di Rossi Doria e di Walthard, secondo cui in certe condizioni i saprofiti potrebbero agire alla stessa maniera dei germi patogeni e gli streptococchi attenuati del secreto vaginale potrebbero riacquistare la piena virulenza, eccitano veramente qualche dubbio sull'efficacia della sola asepsi nel parto. Ma tale questione è ancora *sub judice* e quindi non mi dilungo ulteriormente su di essa.

Pure come conseguenza degli studi batteriologici è sorta recentemente la sieroterapia, che tosto si è potuta applicare anche all'ostetricia, appunto perchè è ben noto quali microrganismi producono il più delle volte la febbre puerperale. Di fatti la sieroterapia antistreptococcica, che dal 1891 ai nostri dì fece rapidi progressi mediante i tentativi d'immunizzazione artificiale eseguiti da Von Lengelsheim, da Paolis, da Roger, da Mironoff, da Gramakovsky, da Marmoreck e da altri, fu impiegata per la prima volta da Roger e Charrin nel Febbraio di quest'anno con buonissimo risultato su una donna colpita da febbre puerperale, buonissimo risultato che si è avuto pure in altri casi sottoposti allo stesso trattamento, come in quello di Josuè ed Hermary. Dietro tali prove e dietro l'efficacia, che nelle mani di Viquerat addimostrò la sieroterapia antistafilococcica da lui introdotta nel campo chirurgico, è da supporre con fondamento che la sieroterapia d'ora innanzi potrà condurre a salvamento quelle povere puerpere infette, che non ostante le cure più energiche e razionali erano altrimenti votate alla morte, e potrà in pari tempo essere utile al ginecologo in non poche circostanze. Speriamo quindi che essa entri presto nella pratica comune dell'ostetricia e della ginecologia. Oh si potesse dire altrettanto della sieroterapia tentata contro i tumori maligni e massimamente contro il cancro! Quanto vantaggio ne ritrarrebbe la ginecologia! Ma

pur troppo qui i risultati, bisogna confessarlo, non sono punto dimostrativi, sia usando lo siero eresipelatoso, come hanno fatto Emmerich e Scholl prima, poi Bruns, Freymuth, Matagne in questo stesso anno, sia impiegando lo siero d'animali che avevano ricevuto il succo di tumori maligni, come primieramente hanno praticato Richet ed Héricourt nel Febbraio scorso e Reclus nell'Aprile successivo. È duopo convenire a malincuore che tali prove non riuscirono diversamente da quelle che nella terapia di detti tumori avevano istituite Van der Meled, Reussen, Huysmon, Salzer, Spronck ed altri colle iniezioni di colture di streptococchi e Coley, W. B. Johnson, Mynter, Friedrich, Lauenstein, Kocher, Krönlein, ecc. colle tossine del bacillo prodigioso e dello streptococco dell'eresipela mescolate insieme.

E passando alle ricerche chimiche, debbo ricordarvi che queste pure negli ultimi tempi hanno dato un valido impulso al progresso degli studi ostetrico-ginecologici e che non piccoli benefici hanno già apportato alla pratica e maggiori ne apporteranno. Limitandomi sempre a pochi esempi, dirò essere dovuta all'indagine chimica la notizia che la paralbumina se non si rinviene costantemente nel contenuto delle cisti ovariche, come vorrebbe Waldeyer, certo vi si trova quasi sempre e che quindi la reazione di Hammersten se non costituisce un sintoma patognomonico di tale affezione, rimane però un segno prezioso per la diagnosi di essa. Così si deve all'analisi chimica se si è riconosciuto nel liquido delle cisti ovariche una cifra di materiali fissi, che s'accosta ai 70 grammi per litro secondo Méhu od ai 100 grammi secondo Quénu, e se in questo fatto si è scorto dai detti autori un sintoma molto più significativo del precedente per riconoscere tale malattia. Così è mediante le ricerche chimiche che Vicarelli ha trovato la presenza dell'acetone nelle orine delle gravide, quando il prodotto del concepimento aveva cessato di vivere, e ne ha dedotto essere l'acetonuria in gravidanza, esclusa ogni altra causa di essa, un nuovo segno dell'avvenuta morte del feto. Così è mediante le ricerche chimiche che Petrone, Siegfried Neumann ed altri hanno cercato d'indagare il modo con cui si compie il ricambio materiale in un'affezione così interessante per l'ostetrico qual'è l'osteomalacia, traendo dai loro studi corollari importanti per la pratica. Così è per l'indagine chimica che Ruge, A. Martin, Benicke, Porak, Fehling, hanno potuto verificare il passaggio dell'acido salicilico dalla madre al feto: è per l'indagine chimica che Schauenstein, Späth, Gusserow,

Porak, Haidlen hanno potuto riconoscere il medesimo passaggio per rispetto all'ioduro di potassio ed alla tintura di iodio, Zweifel, Porak, Fehling per rispetto al cloroformio, Clouet, Philippeaux per rispetto all'acetato di rame ed al fosforo, Porak, Fehling per rispetto al ferrocianuro di potassio, Thomas, Gillette per rispetto alla morfina ed all'atropina, ecc.; fatti questi, che mentre possono avere un'evidente importanza nell'esercizio dell'ostetricia, dimostrano ad un tempo con tutta chiarezza che pure i materiali nutritizi contenuti nel plasma sanguigno della madre hanno il potere di filtrare attraverso i sepimenti, che lo dividono dal sangue fetale.

Ed ora parendomi aver detto abbastanza dell'influenza che hanno avuto le ricerche chimiche sul progresso dell'ostetricia e della ginecologia, permettetemi che io venga da ultimo a ricordarvi come gli ostetrici sieno ricorsi anche all'esperimento e come per mezzo di esso sieno pervenuti alla conquista di molte verità ed abbiano in tal modo giovato grandemente alla pratica. Anzi si può dire che oggi il motto « provando e riprovando » sta scritto sulla bandiera dell'ostetricia, come su quella della medicina intera. Così vediamo ad esempio che mediante gli esperimenti sul cadavere Budin e Labat giunsero a studiare la maniera con cui avviene la riduzione della testa fetale, ed il grado di riducibilità di essa, Chassagny ed Acconci l'azione comprimente dei diversi forcipi, Inverardi i vari movimenti del meccanismo del parto, E. F. Fabbri, Narich, Tibone, Bergesio, Pugliatti, Auvard, Cuzzi e tanti altri il modo d'agire del cranioclaste nei vizi pelvici e via dicendo. Gli esperimenti sugli animali furono anch'essi introdotti con profitto nel campo ostetrico-ginecologico, e furono ad esempio usati da Zweifel per dimostrare direttamente come avvenga l'ematosi fetale, da Runge e da Doré per determinare l'influenza della temperatura elevata sulla vita del feto e sul decorso della gravidanza, da Goltz, da Kehrer, da Schlesinger, da Frommel, da Rein e da molti altri per ricercare il centro dell'attività contrattile dell'utero, da Chambrelent, da Laulanié, da Blanc e da Goria per istabilire il grado di tossicità delle orine nelle donne incinte e farne deduzioni rispetto alla patogenesi dell'eclampsia, da Buys e da Vanderveld per indagare le modificazioni dell'utero in seguito alla doppia ovariectomia, da Cornil, da Dabroklonsky, da Guzzoni degli Ancarani, da Angiolini per istudiare l'argomento della tubercolosi dei genitali muliebri, ecc. Così pure Calderini stimolando meccanicamente

la mucosa dell'utero in coniglie nullipare, riuscì a determinare in essa la formazione di cellule simili alle deciduali; così Curàtulo e Tarulli sperimentando sulle cagne recentemente iniziarono una serie di ricerche per conoscere le modificazioni che sul ricambio materiale apporta la castrazione ovarica, e per ispiegare quindi il perchè di quel fatto clinico osservato per la prima volta da Fehling nel 1887 e confermato poi da P. Müller, da Winckel, da Schauta, da Truzzi, da Von Velitz, da Löhlein, da Chrobak e da tanti altri, vale a dire il perchè dei benefici effetti che l'asportazione delle ovaie arreca alle osteomalaciche. Ed è appunto per tali esperimenti che sembrerebbe doversi assegnare alle ovaie una specie di secrezione interna, il cui prodotto avrebbe uffici speciali nell'economia animale, onde anche per ciò appare illogica e dannosa quella smania di mutilare, che ha regnato per molti anni in ginecologia e che già per altre ragioni ha richiamato sopra di sè l'attenzione e le giuste proteste dei più autorevoli cultori di questo ramo della medicina. Anche le esperienze sulla donna vivente non furono trascurate in ostetricia. Così ad esempio valendomi di questo mezzo, cercai di determinare quali modificazioni apportava la gravidanza sul potere motorio dello stomaco. Così sperimentando sulla donna incinta, Schatz, Poullet, Acconci, ecc. riuscirono ad ottenere tracciati grafici della contrazione uterina e ad indicare esattamente con quali leggi questa precede. Così sempre per mezzo dell'esperimento sulla gestante Chiara giunse a dimostrare inapprezzabile l'azione eccitante dell'antipirina sulle fibre uterine durante la gravidanza e Bergesio, Cuzzi, ecc. arrivarono a mettere in dubbio il potere oxitocico del cloridrato di pilocarpina; così sempre per lo stesso mezzo Morisani fra gli altri tentò di misurare la forza svolta dall'utero nel parto, Schatz fece conoscere l'azione della segala cornuta ed io quella dell'antipirina sull'attività contrattile di questo viscere durante il travaglio. Così G. Coen e Levi sperimentando ultimamente su donne affette da malattie dei genitali, su gravide, su puerpere, su febbricitanti e su isterectomizzate, trovarono che la mucosa vaginale ha senza dubbio un potere d'assorbimento, vario però a seconda dei corpi sottoposti alla prova e molto più attivo nelle puerpere e nelle febbricitanti che nelle altre: notizie queste che hanno un valore pratico grandissimo, poichè ci mettono sull'avviso intorno alla possibilità di avvelenamenti usando sostanze tossiche per iniezioni vaginali.

Potrei diffondermi assai di più su questo argomento, ma per brevità

nol faccio. Certo non mi mancherebbero altri esempi, poichè molto si è sperimentato sulla donna vivente e da qualcuno si è pure ecceduto a questo riguardo, non sempre facendosi giusto calcolo dei danni che ne potevan derivare. Valgano per prova i due casi d'avvelenamento capitati non ha guari a Pfannenstiel, sperimentando l'azione ecbolica, che secondo Pelzer ha la glicerina spinta tra le membrane dell'uovo e la parete uterina. Ed è proprio doloroso il vedere che questo mal'uso dell'esperimento non accenni punto a finire come in ostetricia, così nella medicina in genere e che fra i cultori delle mediche discipline vada ancora di tratto in tratto trovandosi chi, pel desiderio di nuove scoperte, si fa dimentico del proprio mandato e dei propri doveri e vede nell'uomo non più l'oggetto delle sue cure, ma un animale qualunque, su cui poter' istituire ogni prova, fare ogni tentativo.

E dopo tutto questo se bisogna convenire che il nuovo indirizzo dato all'ostetricia ed alla ginecologia ha portato in breve volger d'anni frutti grandissimi, d'altra parte è d'uopo riconoscere che ciò è avvenuto perchè dai cultori di tali scienze non si è mai perso di vista il faro, che deve guidare ogni ricerca del clinico, l'osservazione clinica. Questa infatti deve essere sempre a capo di tutti i suoi studi, deve sempre rappresentare per lui il centro, a cui, come tanti raggi, convergono i mezzi d'indagine posti a sua disposizione. Egli non deve occuparsi della microscopia, della batteriologia, della chimica, della fisica, della meccanica, ecc., in senso puramente obiettivo, chè ciò ad altri più competenti è riserbato; ma deve interessarsi di queste discipline solo in quanto servono a spiegare i fenomeni clinici ed a trarre dalla loro interpretazione tutti i corollari possibili. Ecco il compito come del clinico, così dell'ostetrico moderno: chi facesse altrimenti, darebbe a vedere di non conoscere i limiti del proprio ufficio. Appunto perchè in passato mancavano i mezzi di ricerche, di cui oggi noi disponiamo, l'ostetricia di qualche decina d'anni fa si mostra differente dall'ostetricia moderna: anche allora si osservavano i fenomeni clinici, anzi si osservavano con una diligenza ed acutezza somma, tanto che una larga eredità, frutto di tale osservazione, ci è stata tramandato dai nostri predecessori. Ma allora tutto finiva qui; i fatti notati non potevano avere un'interpretazione o il più delle volte ne avevano una erronea. Di ciò non dobbiamo quindi far colpa agli uomini, chè ostetrici sommi hanno vissuto in ogni epoca; ma sì bene ai tempi. Se i Baudelocque e i

Dubois, gli Asdrubali e i Rizzoli, i Wigand e i Kiwisch, ecc., ecc., avessero fiorito in questi ultimi anni, è certo che ben' altro indirizzo avrebbero dato ai loro studi e così incontestabilmente avrebbero giovato assai di più al progresso dell'ostetricia.

E poichè, come ho detto, l'osservazione clinica rappresenta il punto saldo delle nostre indagini, non cesserò mai di consigliare voi, o giovani, a non lasciarvi sfuggire il più piccolo fatto, quando fra poco sarete chiamati in Clinica al letto delle gestanti, delle partorienti, delle puerpere od al letto delle donne colpite da malattie dei genitali. *Non fingendum aut excogitandum,* scriveva il sommo Bacone, *quid natura faciat, sed inveniendum.* Ed oggi si cerca appunto con ogni mezzo che la vostra istruzione clinica sia la più estesa possibile: di fatti perchè possiate veder di più in quasi tutti gl' istituti ostetrici, non escluso questo, si è provveduto a che un certo numero di studenti passi anche la notte nell'Ospedale; quasi ovunque, come qui, si son fondati ambulatori ostetrico-ginecologici, a cui sono ammessi gli allievi. In alcuni luoghi si è andato anche più oltre: sempre allo stesso scopo il personale clinico si offre gratuitamente per l'assistenza ostetrica fuori dell' istituto e ad ogni chiamata porta seco alcuni studenti, ponendo così sotto i loro occhi un nuovo e ricco materiale d'osservazione.

Signori,

Se in questi ultimi tempi dando agli studi nuovo indirizzo, molto si è fatto nel campo ostetrico-ginecologico, bisogna non disconoscere che ancora moltissimo resta a fare, poichè oggi pure numerosi problemi aspettano la soluzione. Basta che io ricordi a prova di ciò quanti dubbi e quante incertezze regnano anche adesso sulla patogenesi dell'eclampsia puerperale, argomento importantissimo, attorno a cui hanno sudato e sudano tuttora gl' ingegni più eletti. Quindi se è d' uopo che l'attività e la costanza nel lavoro non si esauriscan mai nell' ostetrico, bisogna d' altra parte che ad esso non faccian mai difetto i mezzi necessari per compire gli studi. Ma qui pur troppo non posso esimermi dal deplorare e dal porre dinanzi a voi in tutta la sua nudità il fatto dolorosissimo che, se in riguardo a tali mezzi i nostri istituti ostetrici sono generalmente lungi dall' ideale, questo di Pisa versa in circostanze misere assai.

Di fronte all'estensione grande, che oggi ha assunto l'ostetricia, di fronte al gravoso lavoro, che m'incombe come insegnante, di fronte alle condizioni dell'istituto che debbo dirigere, se sono alquanto impensierito, non rimango certo scoraggiato. Non rimango scoraggiato, perchè nutro fiducia che non mi mancheranno mai nè l'appoggio morale dei colleghi della Facoltà, nè quello materiale del Governo e delle Amministrazioni locali, che s'interessano del bene di quest'Università. Non rimango scoraggiato, perchè spero nella cooperazione valida del personal sanitario della Clinica ostetrica, come nella vostra, o giovani egregi, poichè, sappiatelo fin d'ora, gli studenti per me non sono altro che compagni di lavoro dell'insegnante e permettete che così vi consideri. È realmente l'esperienza quotidiana e la storia non dimostrano forse all'evidenza che ognuno (sia professore o scolaro, poco importa) può osservare con attenzione e studiar bene i fatti, che ognuno può fare importanti ed utili scoperte? Non è forse vero che nella scienza non vi devono essere nè privilegi, nè caste, come non vi sono nazionalità? Non è forse vero che il principio autoritario, l'*ipse dixit* è nella scienza per fortuna morto e sepolto da un pezzo? Non è forse vero che l'idolo aristotelico, dinanzi a cui per tanti secoli s'inchinò reverente l'umanità, è stato finalmente abbattuto per mano di un sommo tra i sommi, per l'appunto figlio di questa Pisa, per mano di Galileo Galilei? Perciò libero esame e libera discussione: ecco il mio programma. Laonde a me, cui toccò il triste privilegio di nascere qualche tempo prima di voi, a me, che da più di quindici anni vivo fra gli studenti, sia come assistente di una Clinica, sia come insegnante, non resta altro vantaggio sopra di voi che quello dell'esperienza, e perciò non compete altro diritto che quello di guidarvi nelle ricerche. Voi quindi studiate con lena e specchiatevi nelle tradizioni, onde sono così illustri e questo Ateneo e questa Scuola medica, io, v'assicuro, farò la mia parte quanto meglio potrò.

Ed ora che, come spero, ci siamo ben'intesi sul cammino da percorrere insieme,

« Andiam, che la via lunga ne sospinge. »

RASSEGNA

OTTO v. FRANQUÉ. — **Ueber eine bösartige Geschwulst des Chorion nebst Bemerkungen zur Anatomie der Blasenmole** *(Di un tumore maligno del corion con osservazioni sulla anatomia della mola vescicolare). — Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie,* Bd. 34, pag. 199.

Il caso clinico studiato da Otto v. Franqué occorse nella Clinica ginecologica di Würzburg diretta dall'Hofmeier. Una donna di 32 anni, VIpara, prima d'allora sempre sana, partorì l'ultima volta in modo spontaneo e normale nel Marzo 1895; il secondamento avvenne pure in modo spontaneo, e l'ammalata dopo alcuni giorni lasciò il letto sentendosi affatto bene. Quattro mesi dopo incominciarono perdite sanguigne dai genitali continue e sempre più copiose così da indurre finalmente l'ammalata a ricoverare nella Clinica. Qui si fa diagnosi di ritenzione di residui placentari, e nella narcosi si vuota manualmente l'utero, esportando una massa discretamente voluminosa di tessuto placentare. L'esame microscopico dimostrò trattarsi di un tessuto analogo a quello descritto nei tumori di Sänger o di Marchand, e perciò si intervenne sollecitamente colla isterectomia vaginale il 13 Agosto 1895, esportando altresì le tube e le ovaia. L'operazione riuscì tecnicamente facile, e l'ammalata 28 giorni più tardi potè lasciare la Clinica notevolmente migliorata: nel Marzo 1896 mostravasi ancora immune da recidiva.

L'accurato esame istologico del tumore potè dimostrare com'esso fosse costituito essenzialmente da due ordini di elementi, cioè da masse sinciziali e da cellule epitelioidi, analogamente a quanto venne osservato da Marchand nei due casi da lui studiati. Anche nel caso di v. Franqué potè essere messa in luce la invasione degli elementi del neoplasma nel lume dei vasi sanguigni. L'apparente ipertrofia della tonaca muscolare già osservata anche in altri casi, sarebbe, secondo l'A., dovuta alla presenza di ammassi di tessuto connettivo fibrillare fra le atrofiche, sottili e rarefatte lamelle muscolari; si tratterebbe perciò anzichè di ipertrofia, di una subinvoluzione o di una incipiente metrite cronica: in vicinanza del tumore poi la tonaca muscolare presenta una ricca infiltrazione di piccole cellule rotonde a guisa di linea di demarcazione. Il decorso clinico fa escludere con certezza la esistenza di malattia prima della gravidanza, e il tumore si sviluppò evidentemente alla inserzione pla-

centare. Ciò conferma la sua origine dai villi coriali, i cui elementi vengono nettamente riconosciuti pei loro caratteri, cioè: la ricchezza di cariocinesi ed il contenuto glicogenico per le cellule di Langhans, la mancanza di figure di scissione nucleare, la fragmentazione dei nuclei, la formazione di vacuoli, ecc. per il sincizio; tale origine spiega la quasi esclusiva diffusione del tumore per la via sanguigna. L'opinione di Kossmann rispetto alla genesi dei due ordini di tessuto sopra nominati non trova appoggio nelle ricerche dell'A. Circa la natura del neoplasma Otto v. Franqué si scosta alquanto dalla opinione oggidì prevalente, ed in base alle proprie osservazioni ed alla disamina dei reperti riferiti nelle descrizioni dei casi già noti, esprime l'opinione che il tumore non sia nè puramente epiteliale, nè puramente connettivo, ma bensì un tumore misto formato dal sincizio di origine ectodermica e dallo strato cellulare di Langhans, che egli ritiene di origine mesodermica e perciò di natura connettivale. Anche il sincizio però sarebbe di origine fetale. Riguardo al significato clinico l'A. ritiene eccessivo il pronostico assolutamente infausto ammesso da Apfelsteldt: di 49 casi fin qui noti, furono operati 18, e precisamente uno di raschiamento (Menge) e 17 di isterectomia: di questi sarebbero tuttora esenti da recidiva 10, ma il breve spazio di tempo passato dopo l'atto operativo non permette di trarne conclusioni.

L'A. riferisce di poi un caso di mola vescicolare sviluppatasi dal corion laeve, mentre la placenta ed il feto appartenenti all'istesso uovo erano normalmente sviluppati. Questa mola vescicolare venne fatta oggetto di ricerche microscopiche, le quali conducono l'A. a ritenere che il tessuto primitivamente colpito dell'uovo sia il connettivo, al quale egli vorrebbe ascrivere lo strato di Langhans. Secondo v. Franqué l'essenza della malattia consisterebbe in una anomalia di secrezione dello strato cellulare di Langhans, il sincizio parteciperebbe tardi ed in modo secondario al processo morboso, e non sarebbe elemento essenziale nè caratteristico della mola vescicolare.

In questo stesso numero dello *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie* il Freund a pag. 161 in un lavoro col titolo « Ueber bösartige Tumoren der Chorionzotten » espone con maggiore ricchezza di particolari un caso di tumore della serotina già da lui riferito al IV Congresso della Società tedesca di ginecologia e di cui si è fatto cenno in questi *Annali,* a pag. 488. L'esame istologico del tumore dimostrò che esso era costituito solamente ed essenzialmente dal rivestimento sinciziale dei villi coriali. Il Freund si trattiene poi sull'origine di questo sincizio, per il quale egli è indotto ad accettare come più verosimile la ipotesi che fa derivare il sincizio dagli endoteli dei vasi capillari materni. Ammessa una tale ipotesi si comprende come debba essere modificato il concetto etiologico del tumore, ed il Freund richiama l'attenzione sulla sifilide tanto per la eziologia della mola vescicolare, quanto per quella dei tumori maligni del corion. Ulteriori osservazioni cliniche e l'esame di uovi abortivi sifilitici porterà luce in tale questione.

Resinelli.

M. N. NIKIFOROW. — **Ueber die sogenannten malignen Deciduoma** *(Sui così detti deciduomi maligni).* — Dalla « Russische medicinische Literatur » in *St. Petersburger med. Wochenschr.*, 1896, pag. 41.

Premessi i risultati degli studi e delle osservazioni fatte su questo argomento l'A. riferisce un caso da lui osservato. In seguito ad una gravidanza tubarica interrottasi nel suo decorso, si sviluppò un tumore maligno che dalla tuba e dagli annessi uterini si diffuse rapidamente alla appendice vermiforme ed all'omento. Eseguitasi la laparotomia si esportarono gli annessi uterini e l'appendice vermiforme. L'ammalata morì quattro mesi dopo l'operazione ed alla autossia si trovarono metastasi nei polmoni e nel fegato. I nodi metastatici presentavano identica struttura a quella del tumore primitivamente sviluppatosi nella tuba. Questo era formato da accumuli cellulari senza stroma di sostegno, nè vasi sanguigni. Le cellule erano rappresentate da masse protoplasmatiche con nuclei, analoghe al sincizio, che fa parte del rivestimento epiteliale dei villi coriali e che deriverebbe, secondo l'A., dall'epitelio dell'utero o della tuba. Oltre a questi elementi vi erano forme cellulari epitelioidi con protoplasma trasparente e nucleo vescicolare; queste trovavansi anche nei tumori metastatici. L'A. propone per questi neoplasmi il nome di *Epitelioma chorii destruens,* o *Chorion-epithelioma destruens.*

RESINELLI.

Dott. E. HAERSCHELMANN (Estland-Russia). — **Respirazione artificiale col metodo Lahs.** — *Deutsch. Med. Woch.,* 9 Luglio 1896.

È importante quanto narrasi in questo caso clinico. Quarantatre ore dopo la rottura delle membrane e dopo che per nove ore era colato il liquido amniotico tinto di meconio, con una presentazione di vertice, si potè rianimare ancora il bambino nato asfittico continuando per un'ora e mezza colla respirazione artificiale. Egli adoperò il metodo di Lahs illustrato negli *Archivs f. Gynäkol.,* 1885, Bd. 26.

CIOJA.

Dott. PLACZEK. — **Paralisi di origine endo-uterina e cerebrale.** — Società Medica di Berlino, Seduta 17 Giugno 1896, presieduta da Virchow.

Viene presentato un bambino con una paralisi di un braccio di origine endo-uterina e cerebrale. Le paralisi traumatiche operatorie di questo genere sono molto frequenti, ma invece sono molto rare quanto la paralisi è di origine cerebrale.

Placzek vide il bambino il primo giorno dopo il parto e dubitò che la paralisi fosse dovuta o a manovre operatorie o alla lunga durata del parto. Invece il parto era decorso regolare, rapido, spontaneo. Erano aboliti tutti i movimenti dell'arto superiore destro, la mano in pronazione e molto flessa presentava piccolissimi movimenti delle dita. Le dita presentavano resistenza all'atto di defletterli. Lo scheletro era intatto. L'esame elettrico diede risultati uguali da ambo le parti. Un fratello soffre di paralisi cerebrale. La madre del bambino presentato dal Placzek aveva ricevuto in gravidanza un forte colpo al ventre. CIOJA.

BIBLIOGRAFIA

G. KLEIN. — **Die Gonorrhoe des Weibes.** — Editore Karger, Berlin, 1896.

In questa monografia il Klein espone in modo chiaro e completo le attuali cognizioni sulla gonorrea nella donna, offrendo così non solo al ginecologo, ma anche al medico pratico una guida veramente preziosa per la conoscenza delle molteplici questioni etiologiche, diagnostiche e terapeutiche, che intorno a siffatto argomento della patologia femminile si affollano. Il lavoro è diviso in due parti, la parte generale e la parte speciale. Nella parte generale, premesse alcune notizie storiche, l'A., pur accettando in massima i concetti di Noeggerath, è d'avviso che questi debbano in parte essere modificati, ammettendo che, molte donne i cui mariti, sia pure anni addietro, ammalarono di gonorrea, sono infettate dallo sposo: di queste non tutte, ma però certo un numero veramente notevole ammalano per gravi affezioni gonorroiche di tutto l'apparato genitale, dall'uretra e dalla vagina fino alle tube, alle ovaie, ed al peritoneo pelvico. Esposti i più recenti metodi di ricerca del gonococco e la sua importanza diagnostica, l'A. fa rilevare come recenti studi abbiano dimostrato che il gonococco si insedia non solo negli epitelii cilindrici, ma anche negli epitelii pavimentosi e nel connettivo, ed è capace di determinare processi metastatici anche in organi remoti. Passate in rassegna le questioni che riguardano la latenza della gonorrea, la sua trasmissione, la predisposizione, ecc., vengono discussi i problemi che riguardano le conseguenze di questa malattia nei rapporti sociali, specialmente per riguardo al matrimonio, alla sterilità, ecc., ed infine vengono esposte le idee generali rispetto alla prognosi ed alla cura della malattia.

Nella parte speciale è studiato il processo blenorragico partitamente nelle sue varie localizzazioni nell'apparato genitale, ed in particolar modo vengono con chiarezza esposti i metodi curativi indicati per ogni singola forma. Con particolare

diffusione è trattata la salpingite gonorroica, non solo rispetto al suo sviluppo ed al suo decorso clinico, ma, e principalmente, rispetto alla terapia medica ed operativa. Alla monografia è unito un ricco capitolo bibliografico, che raccoglie i principali lavori pubblicati su questo argomento. RESINELLI.

R. KOSSMANN. — **Die Gynaecologische Nomenclatur.** — Editore Karger, Berlin, 1896.

Il Kossmann ha in questo lavoro riunito tre pubblicazioni che già videro la luce ad intervalli nel *Monatschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie;* esso è diviso in tre parti.

La prima è intitolata: « Contributo alla patologia delle nostre espressioni tecniche. » Il titolo avverte tosto il lettore dell'indole della narrazione, nella quale sono passate in rassegna una serie di denominazioni comunemente usate, che pur rappresentano un oltraggio alla purità linguistica. A parte la importanza che un siffatto studio può avere nell'ordine scientifico, l'argomento è certamente trattato con brio e con acutezza di critica. Eccone qualche esempio: rectocele è parola scorretta, poichè la prima parte deriva dal latino, la seconda dal greco; volendo indicare l'affezione con termine più corretto dovrebbe dirsi *apeutismenocele;* anteflexio non è corretto, si dovrebbe dire *proflexio;* il termine laparotomia, si cercò già di sostituirlo con quello di celiotomia, ma Κοιλια significherebbe l'intera cavità del corpo, di cui già Aristotele distinse una parte superiore ed una inferiore, e poichè abbiamo la classica parola ἧτρον, non potrebbe la nostra operazione chiamarsi *etrotomia?*

Nella seconda parte, « l'anatomia ginecologica, » l'A. fa una minuta critica dei termini anatomici riferentisi alla ginecologia proposti dalla Società anatomica nel Congresso di Basilea, e le modificazioni che propone sono ordinatamente raccolte e stampate con caratteri diversi per renderne facile la lettura. Queste modificazioni riguardano per lo più la purità della lingua, come *mesosalpingium* anzichè mesosalpinx, *colon sigmoides* anzichè colon sigmoideum, ecc.; talvolta però ad evitare voci ibride, l'A. propone espressioni nuove, giusta la derivazione greca, così vorrebbe dire *musculus hierococcygeus anterior,* anzichè M. sacrococcygeus anterior; *musculus ischiocoeloneuricus,* anzichè M. ischiocavernosus, ecc.

La terza parte finalmente ha per titolo: « La nomenclatura fisiologica, patologica e chirurgica in ginecologia » e rappresenta un commendevole saggio inteso a rendere ordinate, uniformi e chiare tutte quelle espressioni comunemente usate, ma non sempre con identico significato, in guisa da rendere facile tanto a chi legge quanto a chi scrive l'esatta conoscenza di vocaboli e di espressioni, analogamente a quanto si sentì l'opportunità di fare per la nomenclatura anatomica.

RESINELLI.

LUDWIG KNAPP. — **Klinische Beobachtungen über Eklampsie.** — Editore Karger, Berlin, 1896. (Dal *Monatschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie).*

L'A. riferisce in questo lavoro le storie cliniche di 22 casi di eclampsia occorsi nella Clinica ostetrica di Praga dall'Ottobre 1891 al Marzo 1896.

Le osservazioni sono ordinatamente esposte con minuti dettagli in una serie di tabelle. Questo materiale viene poi analiticamente studiato sotto molteplici aspetti, raffrontandone i risultati con quelli degli altri Autori. Così viene considerata la primiparità e la pluriparità, l'età delle partorienti, l'insorgenza ed il numero degli accessi, in gravidanza, nel parto e nel puerperio. In tutte le eclampsiche venne constatata la presenza di albumina nelle urine, però dal reperto dell'urina non risultò potersi dedurre un deciso pronostico circa l'esito della eclampsia. Di 22 casi di eclampsia una sola madre venne a soccombere e forse anche questa sarebbe stata salvata, se avesse per tempo ricorso alla Clinica. Con una certa frequenza si osservò l'insorgere di psicosi durante il puerperio, e precisamente in 3 casi, cioè 13.6 per cento, cifra alquanto superiore a quella di Olshausen. Dei 24 bambini (poichè in due casi vi era gravidanza gemella) 4 nacquero morti, uno nacque vivo e morì 8 ore dopo la nascita, 19 sopravvissero, cifra questa assai favorevole corrispondendo a 79 %.

Per ciò che riguarda il trattamento, rimedio sovrano risultò essere il rapido ma razionale svuotamento dell'utero, quantunque in certi casi anche l'intervento medico abbia dato buoni risultati. RESINELLI.

Società italiana di Ostetricia e Ginecologia

La terza riunione annuale della Società avrà luogo in Roma nei giorni 20, 21, 22 e 23 del prossimo Ottobre.

In essa saranno lette e discusse le seguenti relazioni:

1. *Estrazione del feto nel parto podalico* (Relatore prof. TRUZZI).
2. *Fibromi e gravidanza* (Relatore prof. PASQUALI).
3. *Sulla cura del prolasso dell'utero* (Relatore prof. MORISANI).
4. *Se per lo studio e per la pratica razionale della ginecologia sia necessaria una seria e continuata educazione ostetrica* (Relatore prof. BOSSI).

COLLEGIO DEI MEDICI DI FILADELFIA

PREMIO DI WILLIAM JENKS.

Il 4.° premio triennale di 400 dollari stabilito da Jenks sarà dato all'autore della miglior memoria su questo argomento:

Eziologia e patologia delle malattie dell'endometrio comprendendovi le infiammazioni settiche puerperali.

Tutti possono concorrere al premio, ma il lavoro deve essere l'opera di una sola persona. La memoria deve essere scritta in inglese, ovvero, se scritta in altra lingua, deve essere accompagnata dalla traduzione inglese e inviata prima del 1.° Gennaio 1898 al Collegio dei Medici di Filadelfia, indirizzandola a Barton Cooke Hirst, M. D., Segretario della Commissione per il premio di William Jenks.

Ogni memoria deve essere distinta con un motto e accompagnata da una busta sigillata che contenga lo stesso motto, il nome e l'indirizzo dello scrittore.

La Commissione restituirà le memorie non premiate, se reclamate, entro un anno.

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XVIII. Ottobre 1896. Num. 10.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

ISTITUTO FISIOLOGICO DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA

Sulla secrezione interna delle ovaie

STUDIO CLINICO E SPERIMENTALE

PER IL

Dott. G. E. CURÀTULO

PROFESSORE PAR. DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA NELLA R. UNIV. DI ROMA
MEMBRO DELLA SOCIETÀ OSTETRICA DI EDIMBURGO, ECC.

ED IL

Dott. LUIGI TARULLI

AIUTO ALLA CATTEDRA DI FISIOLOGIA NELLA R. UNIV. DI ROMA

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
-7 DEC 96
LIBRARY

Sommario.

INTRODUZIONE STORICA.

Gli eunuchi nella Storia — Semiramide e Nabucodonosor — L'asportazione delle glandule sessuali presso i Greci ed i Romani — La castrazione degli animali di sesso femminile nei tempi più antichi — La castrazione delle donne presso i popoli orientali, tra i Greci ed i Romani — L'asportazione delle glandule sessuali a scopo terapeutico, consigliata da Ippocrate, Galeno e Fracastoro — La castrazione praticata per la cura della pazzia e di altre forme morbose — La castrazione delle donne ai tempi nostri — L'ovariectomia nella cura dei tumori fibrosi dell'utero, nell'istero-epilessia ed in alcune forme di psicosi — Esagerazioni e beneficii di quest'atto operativo — Lawson-Tait e Spencer Wells — La castrazione nell'osteomalacia.

PARTE PRIMA.

Influenza dell'ablazione delle ovaie sul metabolismo organico.

Hegar e la sua memoria « Sulla castrazione delle donne » — I nostri animali di esperimento — Esperienze riguardanti l'influenza dell'ablazione delle ovaie sulla composizione delle urine — Esperienza I, II, III e Tabelle relative — Esperienze riguardanti l'influenza dell'ablazione delle ovaie sul chimismo respiratorio — De-

scrizione dell'apparecchio per la respirazione, del prof. Luciani — L'ablazione delle ovaie nel *Mus Musculus* — Tabelle relative allo scambio respiratorio di due topine prima e dopo la castrazione — Tabelle contenenti i risultati ridotti per un Kg. in peso dell'animale e per un'ora di ricerca — Lo scambio respiratorio studiato nelle cagne — Descrizione dell'apparecchio per la respirazione del Prof. Colasanti — Tabella relativa ad una esperienza prima e dopo la castrazione — Risultati ottenuti da tutte queste ricerche sperimentali.

PARTE SECONDA.

Fatti clinici e sperimentali che dimostrano la secrezione interna delle ovaie.

Considerazioni sui risultati ottenuti dalle esperienze eseguite sulle femmine del *Mus Musculus* e sulle cagne — La media dell'anidride carbonica eliminata dopo la castrazione ed il quoziente respiratorio — L'eliminazione dell'anidride fosforica dopo la castrazione — Ragione scientifica dei fenomeni più comunemente osservati dopo la castrazione, messi in rapporto con i fenomeni proprii della menopausa e con quelli che precedono l'epoca della pubertà — Modificazioni del metabolismo organico nel periodo dell'attività sessuale della donna, nell'epoca della pubertà e nella menopausa — L'origine del grasso dopo la castrazione — Influenza delle glandole sessuali sullo sviluppo scheletrico — Prove cliniche e sperimentali che la dimostrano — La castrazione come rimedio curativo dell'osteomalacia — Meccanismo di guarigione del processo osteomalacico dopo l'ablazione delle ovaie — Teoria di Fehling e sua critica — La teoria della secrezione interna delle ovaie provata da fatti clinici e sperimentali — Osteomalacia ed acromegalia — Discussione della nostra nota preventiva sulla teoria della secrezione interna delle ovaie in seno all'Edinburg Obstetrical Society, e nell'Obstetrical Society di Londra — Frequenza del cancro dell'utero dopo l'asportazione delle ovaie rilevata dalle statistiche dal Simpson e dallo Spencer Wells — Frequenza del cancro dell'utero nella menopausa — Necessità di ulteriori conferme per stabilire un'eventuale influenza della secrezione ovarica sullo sviluppo della neoplasia epiteliale — Brown-Séquard e D'Arsonval — La nessuna influenza della secrezione ovarica sulla ossidazione delle sostanze azotate — Fatti sperimentali ed osservazioni che lo dimostrano — Proprietà sin'ora apprezzabili del prodotto della secrezione ovarica — Secrezione ovarica e secrezione testicolare — Enunciazione della teoria sulla secrezione interna delle ovaie.

PARTE TERZA.

Ricerche tendenti a produrre l'osteomalacia sperimentale.

Iniezioni di succo ovarico e di culture di *fermentum nitricum* — Risultati negativi — La teoria del Petrone e sua critica — Il cloralio e la cloronarcosi nella cura dell'osteomalacia — Considerazioni cliniche.

Bibliografia.
Spiegazione delle Tavole.

PREFAZIONE.

« Chaque tissu et plus généralement chaque cellule de l'organisme sécrète pour son propre compte des produits ou des *ferments speciaux* qui, versés dans le sang, viennent influencer par l'intervention de ce liquide, toutes les autres cellules rendues ainsi solidaires les unes des autres par un mécanisme autre que celui du système nerveux. »

BROWN-SÉQUARD et D'ARSONVAL.

Le presenti ricerche sono destinate a colmare una lacuna esistente nella fisio-patologia delle glandole sessuali muliebri.

L'antico aforisma: *propter solum ovarium mulier est quod est,* sebbene trovasse dei caldi sostenitori, nullameno non mancarono coloro i quali intesero menomarne l'importanza. Tra questi è da annoverarsi l'Hegar con la sua classica memoria « *Sulla castrazione delle donne* » (1). Ma se da un canto le castrazioni fatte sugli animali, quantunque praticate più a scopo di economia rurale od utilitario che scientifico, ci palesavano modificazioni non lievi a carico dell'intero organismo, d'altro canto l'osservazione clinica dei fenomeni presentati da inferme alle quali erano state asportate le ovaie, ovvero nelle quali questi organi erano sede di alterazioni morbose, abbastanza chiaramente dimostravano la notevole influenza, che queste glandole esercitano sull'economia animale, da parte della loro più appariscente e ben nota funzione, della riproduzione degli ovuli.

Egli è però, che non essendo mai stata una tale influenza studiata con rigore ed indirizzo scientifico, conseguir ne dovevano inesatte od ipotetiche le spiegazioni dei fenomeni, che si notano in seguito all'ovariectomia.

Chi, ad esempio, non conobbe come l'ablazione delle glandole sessuali determina notevoli mutamenti nelle condizioni nutritizie dell'economia animale e particolarmente un notevole accumulo di grasso? Ma chi mai seppe dare la ragione scientifica di questo fenomeno, o chi mai indagò le eventuali modificazioni del chimismo respiratorio e della composizione delle orine dopo l'ovariectomia?

Era naturale poi, che gli effetti della conoscenza incompleta della fisiologia di quest'organi dovessero ripercuotersi nel campo della pa-

tologia e della clinica, ed oggidì più che mai si sentì il bisogno che questo vuoto fosse colmato, che queste conoscenze si approfondissero, oggidì che la clinica sanzionava, come l'asportazione delle ovaie determina in modo sì rapido da sembrare sorprendente, la guarigione di un processo morboso, che ha la sua sede in una parte dell'organismo, sulla quale pareva che le glandole sessuali non avessero alcuna influenza sul sistema scheletrico.

La guarigione infatti dell'osteomalacia, mercè la rimozione delle ovaie, messa in evidenza per la prima volta dal Fehling, al secondo Congresso della Società Ginecologica tedesca, tenutosi in Halle nel 1888, è oramai prezioso acquisto dell'Ostetricia di quest'ultimi tempi.

Ma dall'epoca della menzionata comunicazione del Fehling sino ad oggi, il conoscere la ragione scientifica per cui la castrazione determina la guarigione della *mollities ossium*, fu argomento di discussioni numerose e di studi indefessi; ed alla difficoltà di poter dare ad un fatto, accertato solo dall'osservazione empirica, una spiegazione scientifica deve attribuirsi il ribellarsi di pochi contro un presidio terapeutico, che nelle mani di clinici coscienziosi, dopo avere espletato rimedi di minor gravità, dà risultati veramente efficaci.

In Germania specialmente, clinici rinomati, tra i quali oltre del Fehling si annoverano lo Zweifel, l'Hofmeier, il Winckel, lo Schauta, il Sippel, il Baumann ed altri; in Italia, il Truzzi, che con amore e competenza se ne occupò, si diedero tutti allo studio dell'importante questione.

Ma essa rimase avvolta dalle più fitte tenebre e le ipotesi successero alle ipotesi. La strada che si batteva non era, in verità, quella che avrebbe potuto condurci alla soluzione dell'interessante problema.

L'attenzione degl'investigatori era stata tutta attratta dai brillanti risultati della Clinica, e nel fatto clinico soltanto si volle ricercare la ragione della guarigione del processo osteomalacico; e poichè il fatto clinico dimostrava che asportando le ovaie si aveva la guarigione della malattia, così si volle nelle glandole sessuali riporre la causa della grave osteopatia, applicando il noto aforisma: *Post hoc ergo propter hoc!*

Bisognava cominciare col domandarsi, non quali fossero le influenze delle glandole sessuali sul labile bilancio organico delle osteomalaciche, ma piuttosto partire da un fatto fisiologico bene stabilito, l'in-

fluenza cioè, di quegli organi sul metabolismo organico allo stato normale.

Già l'anno decorso avemmo a pubblicare una breve nota preliminare (2), intorno ad una serie di ricerche, che ci avevano condotto ad ammettere una secrezione interna delle ovaie, e sin d'allora rilevammo che se il punto di partenza delle nostre investigazioni era stato il fatto clinico della guarigione dell'osteomalacia in seguito all'ablazione delle ovaie, ci era sembrato però, che uno studio proficuo sul modo di agire dell'ovariectomia in questa grave osteopatia, allora solo potesse farsi, quando prima si fossero studiate le modificazioni che dopo la castrazione, ed in condizioni fisiologiche, hanno luogo sul ricambio materiale.

L'interesse col quale quella nota preliminare fu accolta in Italia ed all'estero, c'incoraggiò a proseguire nella iniziata serie di ricerche, le quali ora presentiamo complete nella presente monografia.

***

Essa consta di tre parti. Nella prima, dopo una breve introduzione storica sulla castrazione, ci siamo proposti, con una serie di ricerche sperimentali sugli animali, di studiare quale fosse l'influenza dell'ablazione delle ovaie su tutto il ricambio organico. Noi tenemmo di mira specialmente la curva dell'azoto e dell'anidride fosforica eliminati per le orine e per le feccie, lo scambio respiratorio completo, nonchè infine la curva del peso complessivo dell'animale.

È superfluo il notare, come in ogni atto operativo ci accertassimo con minuzioso esame, che l'estirpazione delle glandole sessuali fosse fatta completa ed indagammo sempre alla possibilità di ovaie sopranumerarie.

Questa prima parte del nostro lavoro costituisce come il *substratum* sul quale si fonda la seconda.

In questa, sulla base dei risultati ottenuti dalle precedenti ricerche, noi diamo la ragione scientifica dei fenomeni più comunemente osservati dopo la castrazione, mettendoli in rapporto con quelli propri della menopausa e con i fenomeni che precedono l'epoca della pubertà; periodi della vita della donna in cui le ovaie restano come silenziose. Le modificazioni inoltre dello scambio organico inerenti al periodo della

attività sessuale della donna, all'epoca della pubertà e della menopausa, saranno da noi attentamente prese in esame. È col fondamento di tutti questi fatti, che noi veniamo alla esplicazione della nostra teoria sulla secrezione interna delle ovaie.

L'ultima parte comprende una nuova serie di ricerche, tendenti a produrre l'osteomalacia sperimentale mercè iniezioni di succo ovarico e di *fermentum nitricum*. Ciò per controllare da un lato l'opinione di coloro i quali ammetterebbero un' esagerata funzionalità ovarica, come causa dell'osteomalacia, e dall'altro la teoria del Petrone, la quale, com'è noto, ritiene la nitrificazione dell'organismo essere la causa del processo morboso.

Questo è lo schema del presente studio clinico-sperimentale, che oggi presentiamo completo agli studiosi. Che se per le non poche difficoltà, onde esso era cosparso ci costò molta fatica, ci è sufficiente compenso il non essere riuscito infruttuoso, e l'aver contribuito alla soluzione di una questione tanto controversa ed interessante.

All'illustre Prof. Luigi Luciani, che con affettuoso interesse ci seguì in tutte queste ricerche, ci è oggi grato esprimergli vivissimi sensi di grazie.

Io poi gli sono personalmente riconoscente per la cortese ospitalità accordatami nel suo Laboratorio, onde compiere queste ed altre ricerche.

Roma, Luglio 1896.

Prof. G. E. Curàtulo.

INTRODUZIONE STORICA.

Il turpe costume di asportare le glandole sessuali nell'uomo e nella donna rimonta ad epoca antichissima. Secondo il D'Ollincan (3) è più di 4000 anni, che si parla di eunuchi nel mondo, e la Storia Sacra e la profana fanno menzione di un'infinità di persone, che non potendo essere classificate come uomini o come donne, venivano ritenute siccome una terza specie: *tertium hominum genus* (Alessandro Severo). Giovenale chiama questi esseri disgraziati *semivires* e se Luciano nel

suo dialogo li definisce qual prodigio della natura, Esaia d'altro canto li paragona a tronchi diseccati:

« Truncus iners jacui. Species et inutile signum,
« Nec satis exactum est corpus ac umbra forem. »
Ovid. *Amor.*

La maggior parte degli storici ammettono essere stata Semiramide, Regina degli Assiri, la prima a fare asportare le glandole sessuali, sebbene Diodoro Siculo, che di questa celebre Regina fece la storia più completa, sembra non accenni a nulla di preciso su tale argomento. Vossius (4), crede che i Persiani sieno stati gl'inventori di questo detestabile costume e che la parola latina *Spado,* che comprende diverse forme di eunuchi, trae origine dal nome di un villaggio persiano denominato Spada, ove pare che la prima castrazione sia stata praticata.

Non è qui il luogo di entrare in simili controversie, se cioè non sia più nel vero il D'Ollincan, quando afferma che il primo eunuco di cui faccia menzione la sacra scrittura sia Putifarre, generale egiziano che comprò Giuseppe dagli Ismaeliti, ovvero se in un'epoca in cui ancora i Persiani non esistevano, il nome di eunuco non fosse divenuto già tanto comune, come titolo di dignità o di carica, siccome sostengono altri. A titolo di curiosità storica ci basterà invero il ricordare come i Persiani, i Medi e gli Assiri sieno stati, tra tutti i popoli, quelli che più si servirono degli eunuchi e che Nabucodonosor fece castrare tutti gli ebrei e gli altri prigionieri di guerra, onde avere al suo servizio non altro che eunuchi. *Excusez de peu!*

La storia romana è ricca di fatti, che dimostrano quanto fosse comune in quell'epoca questa turpe speculazione, segno della corruzione grandissima di quei tempi, e mentre Giovenale si scaglia contro questo abuso con i versi:

« . . . . . Nullus Ephebum
« Deformen sæva castravit in arce tyrannus. »
Satira, X, v. 306-307.

in un'altra sua satira rimproverava alle donne romane i loro eccessi con gli eunuchi:

« Sunt quos eunuchi imberbes ac mollia semper,
« Oscula delectent et desperatio barbae,
« Et quod abortivo non est opus. »
Satira, VI, v. 336.

È noto, come per la barbara speculazione di conservare la voce di soprano si castrassero dei giovanetti che poi divenivano cantori della Cappella Sistina, e questo costume doveva essere tanto diffuso che in Napoli su talune insegne dei barbieri si leggeva la seguente iscrizione: *Qui si castrano ragazzi a buon mercato* (5).

Nè mancò il furore religioso! Alcuni di questi disgraziati venivano offerti in olocausto alle divinità pagane e bisognava che i sacerdoti fossero eunuchi per potersi castamente dedicare alle cose sacre.

Era questo specialmente il costume degli Ateniesi, onde i sacerdoti di Diana d'Efeso erano obbligati ad essere castrati. La religione cristiana, malgrado li avesse proibiti, ebbe pure i suoi eunuchi ed un certo Valesius fondò una setta che sosteneva essere condizione indispensabile per divenire sacerdote e non solamente su loro stessi essi praticavano questa mutilazione, ma riducevano in questo stato tutti coloro che cadevano nelle loro mani (6). È noto infine, come gli Ottentotti avessero per costume di estirparsi un testicolo per essere più agili alla corsa.

***

Se la castrazione fu praticata in modo così diffuso negli uomini, essa non risparmiò le donne. Presso i popoli orientali si praticano spesso anche oggidì, delle operazioni, che erroneamente furono considerate come vere castrazioni. Così presso i Kreofagi, popolo Arabo, più che una vera castrazione praticasi la circoncisione secondo l'uso giudaico, escidendo le piccole labbra e la clitoride. Altri praticano l'infibulazione, cioè la chiusura della vulva mercè l'introduzione di anelli.

Presso i Greci ed i Romani con la parola εἰνουχίσαὶ, *castrare* intendevasi tanto l'estirpazione dell'utero che dell'ovaie; ma è indubitato che la vera castrazione nel senso della sola ablazione delle ovaie, sia stata fatta dagli antichi. Il re di Lidia Andromite faceva praticare la castrazione delle donne per servirsene nel suo harem come eunuchi femmine, ed il re Gige vuolsi facesse castrare le sue concubine per conservarle leggiadre: « *ut iis semper ætate et forma florentibus uteretur* » (7).

Il celebre castratore di porci di cui parla Wierus, in tempi a noi più vicini, si vuole castrasse la propria sorella, che si era data ad una

vita sfrenata (8), e si narra altresì, che per moderare le voglie troppo libertine di una sua figlia, una celebre venditrice di porci, ungherese, la castrasse alla stessa guisa onde ella soleva fare con le sue porcelle (9). Bischoff infine fa menzione di un certo viaggiatore inglese a nome Roberts, il quale in un suo viaggio nelle Indie, da Delhi a Bombay vide numerose donne, alle quali durante la giovinezza erano state tolte le ovaie (10).

***

La castrazione degli animali di sesso femminile rimonta anch'essa ad epoca abbastanza antica. Aristotile (11) e Plinio (12) parlano di castrazioni eseguite nelle troje e nelle femmine dei camelli. Sorano (13) fa menzione della castrazione delle troje, le quali, egli dice, diventano più forti e più grasse. Galeno (14) ne parla come un procedimento molto diffuso non solo nell'Asia Minore, ma anche nelle estreme regioni nordiche, presso i Cappadoci; esse, dice questo autore, diventano molto grasse e la loro carne sorpassa in tenerezza quella degli altri animali, come il maiale maschio castrato sorpassa l'altro che non lo fu. Diemembrok (15) parla della castrazione delle cagne e Platerus (16) di quella delle vitelle nella Contea di Zollern, la cui carne veniva annoverata fra le più squisite ghiottonerie.

Nel secolo XVII sembra che la castrazione delle giumente sia stata molto diffusa, specialmente in Danimarca, e nei manuali di Medicina Operatoria veterinaria del principio di questo secolo, si trovano precetti per l'estirpazione delle ovaie nelle giumente, nelle vacche, nelle pecore, nelle troje, nei polli (17). Nel 1830 l'americano Wyne introdusse su vasta scala la castrazione della vacca, che fu molto diffusa in Francia per opera di Charlier (18). In Italia, specialmente nella Lombardia, usasi praticare la castrazione delle vacche.

***

Ma se l'asportazione delle glandole sessuali fu praticata negli animali a scopo di economia rurale e nella specie umana per la corruzione dei tempi, non è senza interesse il rilevare come questa mutilazione

venisse sin dai tempi più antichi altresì praticata a scopo terapeutico, onde se gl'infelici così mutilati venivano considerati come:

« Terræ pondus inutile. Fruges consumere nati »

erano in compenso ritenuti refrattari a talune malattie.

Ippocrate, ad esempio, li riteneva refrattari alla gotta: *Eunuchi non laborant podagra* (19) e Fracastoro ammetteva che assai raramente essi andassero incontro alle malattie erpetiche, alle infiammatorie, alle asmatiche (20).

« *Antipathia vero Elephantiasis veneno resistit; hinc eunuchi et quicumque sunt mollis, frigidæ et effeminatæ naturæ, numquam, aut raro, læpra corripiuntur, et quidem quibus imminet læpræ periculum de consilio medicorum sibi virilia amputare permittitur* » (21).

I sacerdoti di Cibele guarivano la pazzia con la castrazione. *Qui ante castrationem maniaci erant, sanam aliquanto mentem ab illo recuperant* (22).

P. Franck la credeva assai efficace per la guarigione della pazzia prodotta da esagerati istinti sessuali (23); Galeno la consigliava specialmente per la lebbra (24) e nel secolo XVII non mancò chi praticasse la castrazione per la cura di numerose malattie. Dionigi parla di uno di questi specialisti ambulanti, che nutriva il suo cane con i testicoli che levava al prossimo (25). In alcuni villaggi della Svezia si guariva la satiriasi mediante la castrazione (26), ed Aetius parla di alcuni infermi tormentati dal priapismo che si erano castrati da loro stessi: *Novimus quosdam audaciores, qui sibi ipsis testes ferro resecarunt* (27).

La castrazione inoltre fu consigliata per la guarigione radicale delle ernie inguinali (28), contro lo stato di eccessiva rigidezza del tessuto cellulare (29), ed alcuni antichi scrittori pretesero che quest'operazione potesse perfezionare l'organismo animale. Lucrezio nel suo poema dice come gli antichi vi ricorressero nei casi più disperati:

« Et graviter partem metuentes lumina lethi
« Videbant ferro privati parte virili. »

De natura verum.

***

Dalle riferite citazioni si vede quanto diffusa fosse presso gli antichi la castrazione a scopo terapeutico.

Ai nostri giorni l'ablazione delle ovaie è stata anch'essa proposta e su larga scala praticata, contro alcuni processi morbosi; nè mancarono pur oggi le esagerazioni sui benefici ottenuti da quest'atto operativo e il delirio di alcuni operatori. V'ha chi la propose in casi di metrite o di dismenorrea e tra questi il Kelly, per combattere le forti coliche uterine, sopravvenienti ad ogni periodo menstruale (30). Altri, fra i quali il Lawson-Tait, la consigliarono e la eseguirono nell'epilessia menstruale *(menstrual epilepsy)*, in casi di istero-epilessia e d'isterismo.

Non poche castrazioni inoltre, furono praticate contro talune forme di mania o di psicosi, le quali sembrava traessero origine da stimoli abnormi irradiantisi dalle ovaie sul sistema cerebro-spinale, rievocando in tal guisa pur oggi la pratica e le esagerazioni degli antichi sacerdoti di Cibele, che guarivano la mania con la castrazione.

È noto il grave dibattito sorto, or sono pochi anni, tra il Lawson-Tait, che di questa operazione si era fatto strenuo difensore, e Spencer Wells, che richiamò severamente l'attenzione dei ginecologi, tornando a pubblicare insieme ad una interessante monografia dal titolo *Modern Abdominal Surgery*, un articolo già da lui pubblicato nel 1886 nell'*American Journ. of. Med. Scien.*, nel quale vivamente stigmatizzava l'abuso della castrazione.

Già uno di noi (*) in una Comunicazione fatta alla Società Italiana di Chirurgia nel 1891, riportando due casi di psicosi di origine genitale, nei quali la castrazione era riuscita a produrre la guarigione, faceva notare la difficoltà non lieve di stabilire in simili casi in modo certo, che sia l'ovaio il punto di partenza della psicopatia e levò la voce contro l'abuso di tale atto operativo.

Non mancarono infine, chirurgi che praticarono l'ablazione delle ovaie per procurare la sterilità ed impedire la riproduzione di manìe ereditarie (31) ed è non meno strana la conclusione di una Comunicazione fatta dal Keppler (di Venezia) al Congresso internazionale di Berlino del 1891, che suona così: « *Il matrimonio con una donna castrata è il tipo ideale del matrimonio malthusiano; è la sola maniera di praticare il malthusianismo senza compromettere la salute e la felicità degli interessati.* »

(*) G. E. Curàtulo. « Sull'ablazione degli annessi dell'utero. » Contributo clinico ed anatomo-patologico. Roma, Tipografia Artero, 1892.

Dove l'ablazione delle ovaie diede risultati veramente degni di nota, si fu nei tumori fibrosi dell'utero, specie allorquando la tecnica dell'estirpazione di sì voluminose neoplasie, ora tanto notevolmente migliorata per opera particolarmente del Martin e di altri, era difficile e pericolosa. Consigliata per la prima volta dal Battey in America (32), dall'Hegar in Germania (33) e divulgata dal Lawson-Tait in Inghilterra (34) aggiungendovi l'estirpazione delle trombe, quest'operazione diede buoni risultati nel combattere il sintomo più imponente della malattia, le gravi metrorragie.

Si è però, nei casi di osteomalacia che l'ovariectomia richiamò in questi ultimi tempi l'attenzione dei clinici, costituendo essa il rimedio più efficace per la cura di questa grave osteopatia, la cui patogenesi è tuttora oscura, quando già altri mezzi terapeutici erano riusciti infruttuosi.

Ma dell'influenza e del modo di agire dell'ovariectomia nell'osteomalacia noi diffusamente ci occuperemo nella seconda parte del lavoro.

PARTE PRIMA.

Influenza dell'ablazione delle ovaie sul metabolismo organico.

In una interessante memoria pubblicata nel 1878 (35), l'Hegar, per il primo, si occupò con competenza non comune dell'importante argomento dell'ablazione delle ovaie, e sebbene il titolo di quella dotta monografia riferivasi alla castrazione nelle donne, egli però, insieme a numerosi fatti clinici raccolti, ritenne necessario richiamare, per lo studio dell'importante argomento, gli effetti dell'ovariectomia negli animali. Ma nella monografia del distinto ginecologo di Friburgo nulla vi ha che accenni lontanamente lo scopo o la necessità d'indagare quali fossero le modificazioni del ricambio materiale dopo questo atto operativo. L'Hegar infatti, non ebbe a fare che una sola esperienza, grossolana, e pur essa riuscì infruttuosa.

« *Per farmi un'opinione propria,* scriveva egli, *sulle conseguenze della castrazione nelle giovani troie, presi due animali quasi della stessa età, ad uno dei quali estirpai ambo le ovaie ed all'altro solo una* » (36). Ma questa unica esperienza non rilevò altro di notevole che la diffe-

renza nello sviluppo dell' utero nei due animali, i quali non erano del resto nè della stessa leva, nè della stessa razza.

L' esperienza dell' Hegar però, aveva ben diverso indirizzo, come tutto l' insieme del suo lavoro, essendo questo non altro che uno studio comparativo tra quanto volgarmente erasi osservato negli animali castrati e quanto notavasi nelle donne alle quali erano state tolte le ovaie. Così egli s' intrattiene a lungo sul fatto se fregola e mestruazione siano originariamente identiche, se l'ovariectomia determina o meno la scomparsa completa dell'epoca degli amori o se infine, debba ritenersi costante l' ingrassamento consecutivo a tale operazione. È noto, come egli venisse alla conclusione, che è insostenibile l'antico motto: « *Propter solum ovarium mulier est quod est,* » se con esso s'intende che dall'ovaio parta la spinta per la determinazione del tipo speciale del corpo muliebre e dello speciale carattere sessuale.

***

Gli animali sui quali le nostre ricerche furono fatte erano le cagne e le femmine del *Mus Musculus;* le prime, com' è noto, si prestano assai facilmente al cateterismo vescicale, onde raccogliere la quantità di orina emessa nelle 24 ore. Il *Mus Musculus* per la sua piccolezza si presta alla ricerca dei prodotti eliminati con la respirazione, usando l'apparecchio del Luciani.

In una breve nota pubblicata nel *Wiener Therapeutische Wochenschrift* (37), ebbimo a rilevare come è veramente sorprendente la resistenza con la quale questi piccoli animali sopravvivono a lunghi atti laparotomici. La ricerca delle ovaie, sebbene riuscisse piuttosto indaginosa, e ciò tanto per la piccolezza di questi organi, quanto per la loro ubicazione, studiata attentamente però l'anatomia della regione bene riuscimmo nelle varie esperienze a praticare l'ovariectomia. Come rilevammo nella prefazione, in ciascun atto operativo ci accertammo, con minuzioso esame, che l'estirpazione delle glandole sessuali fosse fatta completa ed indagammo sempre alla possibilità di ovaie sopranumerarie.

Gli animali in esperimento venivano tenuti a dieta costante prima della castrazione, fino ad avere una media quasi invariata nella eli-

minazione dell'azoto, dei fosfati, e dei prodotti della respirazione. La dieta, che variava a seconda del peso dell'animale, restava uguale dopo la castrazione. Per la ricerca dell'azoto ci siamo serviti, sia del metodo del Kjeldahl, sia del metodo Yvon; per la ricerca dell'anidride fosforica del reattivo all'acetato di uranio. Per il chimismo respiratorio più diffusamente diremo, allorquando descriveremo gli apparecchi dei quali ci siamo serviti. La castrazione veniva praticata con un'incisione lungo la linea alba e la sutura era fatta a strati col catgut.

***

Esperienze riguardanti l'influenza dell'ablazione delle ovaie sulla composizione delle orine.

Esperienza I. — *Cagna A.* — Cagna di pelo bianco, bastarda, giovane, del peso di gr. 9,160.

Si sottopone ad una dieta costante, consistente di gr. 300 di carne, gr. 200 di pane, c. c. 800 d'acqua.

L'animale viene racchiuso, per poter raccogliere le orine eliminate nelle 24 ore, entro una grande gabbia di zinco, dove può rimanere comodamente sdraiato. Ogni giorno ed alla stessa ora, prima della somministrazione del cibo, esso viene siringato e indi pesato con una bilancia molto esatta.

Nell'orina emessa determiniamo l'azoto totale col metodo del Kieldahl, e dosiamo i fosfati con una soluzione titolata di acetato di uranio, di cui un c. c. corrisponde a 0.005 di $P^2 0^5$. Dopo aver osservato per parecchi giorni di seguito l'andamento della curva del peso e come l'azoto ed i fosfati eliminati avessero una media quasi invariata, l'animale viene operato di estirpazione delle due ovaie; esso durante l'atto operativo subisce lievi perdite di sangue. La cicatrizzazione del peritoneo e dei muscoli avviene dopo tre o quattro giorni, ma quello della ferita cutanea, per essersi l'animale tolta la fasciatura, si ebbe dopo una ventina di giorni.

Ristabilitosi, viene nuovamente racchiuso nella gabbia e sottoposta alla dieta già stabilita. Nella Tabella seguente riportiamo le pesate giornaliere dell'animale ed i valori ottenuti nelle determinazioni dell'azoto e dei fosfati emessi nelle 24 ore, annotando a parte tutto quello che fu da noi osservato durante questo lungo periodo di tempo. Vedi nella Tavola I in fondo alla memoria le curve relative a questa esperienza.

Esperienza I. — *Cagna A.*

Data dell' esperienza	Peso dell' animale	Orina delle 24 ore	Azoto eliminato	$P^2 O^5$ emessa	Osservazioni
	grammi	c. c.	grammi	grammi	
8 Novemb.	9160	820	10. 204	1. 304	
9 »	9370	810	10. 428	1. 679	
10 »	9340	830	10. 403	1. 762	
11 »	9430	880	9. 881	1. 232	
12 »	9300	840	9. 738	1. 260	
13 »	9490	770	9. 686	1. 601	
14 »	9500	795	9. 230	1. 710	
15 »	—	—	—	—	Il 15 Novembre la cagna viene operata di estirpazione delle due ovaie. L'operazione non dà luogo ad alcun incidente.
14 Dicembre	7520	740	9. 870	0. 740	
15 »	7560	820	10. 288	0. 984	
16 »	7600	850	10. 110	0. 935	
17 »	7660	700	9. 230	1. 100	
18 »	7730	835	9. 711	1. 000	
19 »	7760	950	9. 926	1. 250	
20 »	7860	915	9. 760	0. 915	
21 »	7840	990	10. 345	0. 750	
22 »	7900	940	9. 326	0. 700	
23 »	8330	900	9. 491	0. 928	
24 »	—	—	—	—	
25 »	8000	1025	10. 440	1. 000	
26 »	8100	970	11. 378	1. 029	
27 »	8000	—	—	—	Sono andate perdute le orine.
28 »	8050	950	11. 955	1. 045	
29 »	8110	950	10. 775	1. 000	
30 »	8160	950	10. 309	0. 730	
31 »	8250	900	10. 131	0. 777	
1 Gennaio	8210	980	10. 265	0. 882	
2 »	8230	985	9. 800	1. 080	
3 »	8260	930	10. 874	0. 904	
4 »	8220	980	11. 359	0. 672	
5 »	8260	925	10 265	1. 202	
6 »	8500	—	—	—	Sono andate perdute le orine.

Data dell' esperienza	Peso dell' animale	Orina delle 24 ore	Azoto eliminato	$P^2 0^5$ emessa	Osservazioni
	grammi	c. c.	grammi	grammi	
7 Gennaio	8450	1040	10. 920	0. 590	
8 »	8470	960	10. 815	0. 768	
9 »	8550	920	10. 200	0. 800	
10 »	8470	955	10. 445	0. 900	
11 »	8560	900	10. 200	0. 800	
12 »	8630	900	10. 217	0. 680	
13 »	8650	960	10. 875	0. 900	
14 »	8720	910	10. 310	0. 700	
15 »	8780	990	10. 581	0. 792	
16 »	8800	950	10. 200	0. 800	
17 »	9000	885	10. 548	0. 973	
18 »	9000	930	9. 100	0. 930	
19 »	9020	930	9. 350	0. 820	
20 »	9080	905	9. 010	0. 814	
21 »	9030	950	9. 879	0. 704	
22 »	9130	800	9. 020	0. 821	
23 »	9150	980	10. 894	0. 980	
24 »	9080	900	10. 105	0. 900	
25 »	9200	850	9. 608	0. 644	
26 »	9280	955	11. 035	0. 859	
27 »	9250	915	11. 594	0. 822	
28 »	9400	865	11. 117	0. 752	
29 »	9320	970	11. 779	0. 582	
30 »	9320	970	11. 779	0. 592	
31 »	—	—	—	—	
1 Febbraio	9460	905	10. 990	0. 543	
2 »	9360	975	11. 840	0. 756	
3 »	9400	895	11. 340	0. 706	
4 »	9400	865	10. 940	0. 655	
5 »	9500	940	11. 890	0. 752	
6 »	9500	955	11. 080	0. 955	
7 »	9530	995	10. 490	0. 597	
8 »	9160	940	11. 330	0. 470	
9 »	9610	930	10. 270	0. 558	
10 »	9680	980	11. 810	0. 490	

Data dell'esperienza	Peso dell'animale	Orina delle 24 ore	Azoto eliminato	$P^2 O^5$ emessa	Osservazioni
	grammi	c. c.	grammi	grammi	
11 Febbraio	9600	980	11. 320	0. 490	
12 »	9700	910	10. 050	0. 455	
13 »	9800	890	11. 620	0 534	
14 »	9750	960	10. 870	0. 665	
15 »	9900	960	11. 090	0. 672	
16 »	9820	950	10. 970	0. 855	
17 »	9820	800	9. 810	0. 560	
18 »	9970	840	11. 030	0. 672	
19 »	9900	910	10. 900	0. 910	
20 »	9970	910	11. 020	0. 609	
21 »	10000	930	10. 860	0. 837	
22 »	10006	940	10. 950	0. 564	
23 »	9990	930	11. 350	0. 560	
24 »	10050	870	10. 640	0. 783	
25 »	9950	1010	11. 360	0. 606	
26 »	10050	925	10. 450	0. 561	
27 »	10070	840	10. 670	0. 692	
28 »	10080	885	11. 020	0. 619	
1 Marzo	10020	915	11. 000	0. 915	
2 »	10120	—	—	—	Sono andate perdute le orine.
3 »	10000	1000	10. 600	0. 700	
4 »	10080	835	10. 020	0. 675	
5 »	10170	905	10. 040	0. 776	
6 »	10180	795	10. 060	0. 795	
7 »	10100	1000	10. 600	0. 500	
8 »	10150	800	10 700	0. 560	
9 »	10260	860	10. 790	0. 650	Si toglie l'animale dalla gabbia e si pone a dieta comune, sospendendo l'esperienza.
24 Aprile	9220	960	9. 060	0. 576	Il 23 Aprile si pone nuovamente la cagna alla dieta avanti stabilita e si raccolgono e si esaminano le orine.
25 »	9170	900	9. 050	0. 540	
26 »	9300	870	11. 790	0. 600	
27 »	9500	800	9. 240	0. 560	
28 »	9520	900	11. 740	0. 630	
29 »	9620	990	9. 300	0. 490	

Data dell' esperienza	Peso dell'animale	Orina delle 24 ore	Azoto eliminato	$P^2 O^5$ emessa	Osservazioni
	grammi	c. c.	grammi	grammi	
30 Aprile	—	—	—	—	Sono andate perdute le orine.
1 Maggio	9700	860	10. 360	0. 516	
2 »	9750	910	10. 970	0. 860	
3 »	9900	970	11. 570	0. 582	
4 »	9930	900	10. 750	0. 540	
5 »	10200	1065	10. 600	0. 860	Si sospende l'esperienza e si pone la cagna alla dieta comune.
23 Giugno	10170	680	9. 100	0. 460	Il 21 Giugno si pone nuovamente la cagna in esperienza.
24 »	10150	860	11. 230	0. 516	
25 »	10150	770	9. 360	0. 460	
26 »	10300	670	9. 320	0. 402	
27 »	—	—	—	—	
28 »	10550	760	9. 300	0. 532	
29 »	10560	750	10. 620	0. 600	
30 »	—	—	—	—	
1 Luglio	10500	450	9. 200	0. 890	
2 »	10670	700	11. 390	0. 890	
3 »	10700	500	10. 400	0. 600	
4 »	10850	430	10. 300	0. 731	
5 »	10700	630	10. 200	0. 630	
6 »	10870	450	11. —	0. 675	
7 »	11060	600	10. 450	0. 840	
8 »	11200	550	10. 350	0. 660	
9 »	11600	540	11. —	0. 620	
10 »	—	—	—	—	
11 »	—	—	—	—	
12 »	11900	700	10. 690	0. 560	

Esperienza II. — *Cagna B.* — Cagna da pagliaro, giovane, del peso di gr. 10,620. Viene sottoposta alla dieta giornaliera composta di gram. 200 di pane, 400 di carne, 790 di acqua. Si racchiude in una gabbia e si raccolgono le orine ogni 24 ore. Ogni giorno ed alla stessa ora, viene siringata e pesata e dopo di avere per 13 giorni di seguito dosato l'azoto eliminato e valutati i fosfati emessi, si opera di estir-

pazione delle due ovaie. L'animale si rimette entro uno spazio brevissimo di tempo essendo la ferita cicatrizzata completamente in quinta giornata; si rimette quindi in esperienza, e riportiamo nella seguente Tabella i dati ottenuti in questa seconda esperienza. Vedi nella Tavola II, in fine della memoria, le curve relative a questa esperienza.

Esperienza II. — *Cagna B.*

Data dell' esperienza	Peso dell' animale	Orina delle 24 ore	Azoto eliminato	$P^2 0^5$ emessa	Osservazioni
	grammi	c. c.	grammi	grammi	
25 Febbraio	10620	925	10. 52	1. 66	
26 »	10650	995	13. 93	1. 49	
27 »	10680	930	13. 22	1. 48	
28 »	10720	845	14. 06	1. 69	
1 Marzo	10670	1010	12. 72	1. 60	
2 »	10820	915	13. 06	1 62	
3 »	10900	870	14. 18	1. 47	
4 »	10850	1044	12. 86	1 67	
5 »	10880	945	13. 75	1. 70	
6 »	11000	915	12. 80	1. 66	
7 »	11000	1110	12. 74	1. 50	
8 »	11050	990	14. 80	1. 50	
9 »	11160	840	13. 64	1. 51	Il 10 Marzo la cagna viene operata di estirpazione delle ovaie e dell' utero, l'animale dopo poco tempo guarisce dell'atto operativo subìto.
15 »	10620	830	13. 71	1. 07	
16 »	10770	850	12. 37	1. 02	
17 »	10850	910	13. 40	1. 00	
18 »	11050	900	12. 87	1. 08	
19 »	11100	975	12. 83	0. 97	
20 »	11120	900	13 05	0. 90	
21 »	11150	900	14. 16	0. 90	
22 »	11350	810	13. 15	0. 97	
23 »	11450	900	14. 61	0. 99	
24 »	11630	850	12. 37	0. 93	
25 »	11610	1040	13. 97	1. 04	
26 »	11610	950	14. 42	1. 04	
27 »	11700	850	12. 85	1. 02	
28 »	11700	930	13. 04	0. 93	

Data dell' esperienza	Peso dell' animale	Orina delle 24 ore	Azoto eliminato	$P^2 O^5$ emessa	Osservazioni
	grammi	c. c.	grammi	grammi	
29 Marzo	12000	820	13. 08	0. 90	
30 »	12120	850	14. 51	1. 10	
31 »	12170	850	13. 80	1. 30	
1 Aprile	12250	880	14. 60	1. 32	
2 »	12330	880	14. 10	1. 05	
3 »	12370	970	12. 78	0. 97	
4 »	12450	810	13. 83	0. 97	
5 »	12460	750	14. 02	1. 02	
6 »	12550	910	14. 22	1. 09	
7 »	12630	890	14. 45	1. 00	
8 »	12630	855	14. 32	0. 76	
9 »	12800	870	13. 40	1. 04	
10 »	12850	920	13. 45	1. 10	
11 »	12800	1000	14. 00	0. 90	
12 »	12800	940	13. 79	1. 20	
13 »	12820	840	13. 88	0. 92	
14 »	12800	900	13. 40	0. 90	
15 »	12800	1000	13. 88	0. 90	
16 »	12970	710	14. 00	1. 06	
17 »	13100	780	13. 61	0. 87	
18 »	13140	910	14. 20	0. 91	
19 »	13140	770	13. 91	0. 90	
20 »	13290	810	14. 51	0. 89	
21 »	13150	970	14. 00	0. 87	
22 »	13300	900	14. 06	0. 81	
23 »	13350	650	14. 08	1. 20	
24 »	13350	810	12. 92	0. 89	
25 »	13300	930	13. 80	0. 83	
26 »	13400	820	14. 00	0. 98	
27 »	13550	820	12. 62	0. 98	
28 »	13520	870	12. 30	0. 95	
29 »	13570	850	14. 51	1. 20	
30 »	13670	935	13. 50	0. 74	
1 Maggio	13850	750	13. 65	0. 82	
2 »	13950	710	13. 70	1. 10	

Data dell' esperienza	Peso dell' animale	Orina delle 24 ore	Azoto eliminato	$P^2 O^5$ emessa	Osservazioni
	grammi	c. c.	grammi	grammi	
3 Maggio	14200	730	14. 10	0. 94	
4 »	14180	870	13. 64	0. 95	
5 »	14000	1040	13. 58	0. 72	
6 »	13950	890	13. 20	1. 06	
7 »	13700	950	14. 00	0. 76	
8 »	13900	900	14. 20	0. 86	Si sospende l' esperienza.
4 Giugno	14910	850	13. 06	0 93	Si pone nuovamente in esperimento la cagna operata.
5 »	14800	900	12. 56	0. 90	
6 »	15100	610	13. 00	0. 90	
7 »	15200	750	13. 22	0. 75	
8 »	15200	—	—	—	
9 »	15000	700	12. 93	0. 98	
10 »	15306	610	13. 31	0. 91	
11 »	12250	830	13. 23	0. 99	
12 »	12230	810	12. 92	0. 81	S' iniettano sotto la cute del dorso 10 c. c. di succo ovarico (*).
13 »	15330	775	13. 45	1. 00	Idem
14 »	15350	820	12. 16	1. 14	Idem
15 »	15450	900	12. 85	1. 13	Idem
16 »	15500	850	12. 84	1. 23	Idem
17 a	15420	840	12. 70	1. 18	Se ne iniettano 40 c. c.
18 »	15400	930	12. 23	1. 76	
19 »	15460	830	12. 54	1. 16	
20 »	15420	740	14. 00	0. 88	
21 »	15360	980	13. 72	0. 88	
22 »	15320	680	14. 85	0. 98	

(*) Il succo ovarico veniva così preparato. Si prendevano dal mattatoio numerose ovaie di vacche giovani. Venivano pesate e dopo averle tagliate in piccoli pezzi si ponevano a macerare in una quantità uguale di glicerina Prices per circa 24 ore. Il succo veniva quindi filtrato a carta, poi attraverso una candela di Chamberland sterilizzata e raccolto in un matraccio parimenti sterilizzato. Al succo ovarico così preparato si aggiungevano 4 o 5 goccie di acido fenico per impedire che lasciato per qualche tempo si potesse putrefare. Di questo liquido se ne prendeva una parte, e ad essa si aggiungevano due parti di una soluzione di cloruro di sodio al 6 0[0, e con questa miscela si facevano le iniezioni.

Data dell' esperienza	Peso dell' animale	Orina delle 24 ore	Azoto eliminato	$P^2 O^5$ emessa	Osservazioni
	grammi	c. c.	grammi	grammi	
23 Giugno	15400	690	13. 32	0. 85	S' iniettano sotto la cute 10 c. c. di soluzione glicerica.
24 »	15350	860	12. 79	0. 73	Idem
25 »	15500	760	12. 70	0. 87	Idem
26 »	15570	680	13. 00	0. 95	S'iniettano 20 c. c. di succo ovarico.
27 »	15680	810	12. 79	1. 09	Nel punto dell' iniezione si nota una grossa bozza dovuta al liquido che non è stato riassorbito che in parte. In altro punto s' iniettano 40 c. c. di succo ovarico.
28 »	15800	770	14. 44	1. 23	
29 »	15800	730	14. 89	1. 28	Il liquido iniettato non si è assorbito che in parte.
30 »	15900	700	13. 71	1. 29	
1 Luglio	16050	600	15. 25	1. 20	
2 »	16050	710	13. 06	1. 13	
3 Luglio	16000	730	14. 00	1. 03	
4 »	16200	700	14. 00	0. 94	
5 »	16350	650	13. 60	0. 91	
6 »	16459	620	13. 20	0. 93	Si sospende l' esperienza.

Esperienza III. — *Cagna C.* — Piccola cagna di razza inglese, giovane, del peso di gr. 4,800.

La dieta somministrata giornalmente, essendo l'animale di piccola taglia, componesi di gr. 200 di pane, gr. 200 di carne, c. c. 550 di acqua. Ogni giorno alla stessa ora, la cagna viene siringata e pesata; nelle orine delle 24 ore si ricercano l' azoto ed i fosfati con i metodi indicati. Dopo 16 giorni, avendo trovato l'azoto dosato ed i fosfati eliminati normali, l'animale viene operato estirpando insieme alle ovaie tutto l'utero. L'operazione riesce senza alcun incidente e torna presto a riaversi, tanto da poter essere rimesso in esperienza dopo pochi giorni dall'atto operativo.

Riportiamo, come al solito, nella seguente Tabella i valori ottenuti prima e dopo la castrazione.

Vedi nella Tavola III, in fondo alla memoria, le curve relative a questa esperienza.

Esperienza III. — *Cagna C.*

Data dell' esperienza	Peso dell' animale	Orina delle 24 ore	Azoto eliminato	$P^2 O^5$ emessa	Osservazioni
	grammi	c. c.	grammi	grammi	
7 Aprile	4800	500	6 531	0.50	
8 »	4200	600	7.30	0.78	
9 »	4910	—	—	—	
10 »	5000	510	6.79	0.55	
11 »	5060	520	7.01	0.56	
12 »	5150	450	7.80	0.18	
13 »	5170	470	7.08	0.60	
14 »	5000	470	7.79	0.65	
15 »	5250	470	7.31	0.65	
16 »	5250	550	6.90	0.59	
17 »	5400	460	6.47	0.59	
18 »	5350	520	7.57	0.57	
19 »	5360	550	6.63	0.59	
20 »	5480	520	7.05	0.60	
21 »	5470	460	7.70	0.73	
22 »	5470	510	6.66	0.86	
23 »	—	—	—	—	Il 24 Aprile la cagna si opera di estirpaz. delle due ovaie. L'operazione riesce senza incidenti.
9 Maggio	5210	485	6.09	0.24	
10 »	5300	440	6.10	0.26	
11 »	5490	370	6.67	0.48	
12 »	5550	520	6.80	0.31	
13 »	5680	460	6.93	0.32	
14 »	5650	480	6.74	0.38	
15 »	5650	530	7.18	0.32	
16 »	5690	350	6.85	0.35	
17 »	5700	400	6.63	0.40	
18 »	5590	440	7.53	0.40	
19 »	5590	—	—	—	
20 »	5590	350	6.90	0.35	
21 »	5680	510	7.00	0.29	

Data dell' esperienza	Peso dell' animale	Orina delle 24 ore	Azoto eliminato	$P^2 O^5$ emessa	Osservazioni
	grammi	c. c.	grammi	grammi	
22 Maggio	5630	—	—	—	
25 »	5700	500	6. 53	0. 35	
26 »	5710	400	6. 78	0. 32	
28 »	5730	380	7. 01	0. 35	
29 »	5850	—	—	—	
30 »	5870	440	7. 00	0. 44	
31 »	5900	400	6. 98	0. 24	
1 Giugno	5870	380	6. 84	0. 27	
4 »	6080	440	6. 85	0. 39	
5 »	5850	350	—	—	
6 »	6000	310	6. 90	0. 34	
7 »	6080	320	6. 74	0. 41	
8 »	6070	260	—	—	
9 »	5900	290	—	—	
10 »	6100	240	6. 64	0. 28	
11 »	5970	400	7. 43	0. 28	
12 »	6030	450	6. 78	0. 30	
13 »	6050	440	6. 80	0. 35	
14 »	6106	500	6. 90	0. 35	
15 »	6300	500	6. 86	0. 27	
16 »	6460	310	6. 90	—	

***

Esperienze riguardanti l'influenza dell'ablazione delle ovaie sul chimismo respiratorio.

Per queste nuove ricerche ci siamo serviti dell'apparecchio per la respirazione ideato dal Professore Luciani, che a preferenza degli altri offre il vantaggio di dare risultati molto esatti, e potendo analizzare non già una piccola parte dell'aria espirata, come in quello di Voit, ma tutta l'aria emessa dall'animale durante il tempo dell'esperienza.

Con tale apparecchio poi, noi potevamo stabilire con la massima precisione tutta la quantità dell'anidride carbonica e dell'acqua eliminate; poichè i tubi destinati a fissare questi due prodotti del ricambio respiratorio, oltre che essere a tenuta perfetta, venivano pesati con una bilancia chimica di precisione, sensibile al 0,0001. Sapendo quindi la quantità di anidride carbonica e di acqua eliminate era anche facile lo stabilire indirettamente, ma con pari esattezza, la quantità di ossigeno consumato, il che si ottiene sottraendo dal totale dell'anidride carbonica e dell'acqua emessa dall'animale, la perdita subìta dal medesimo durante l'esperienza.

Se però, questo apparecchio offre dei vantaggi assai grandi sopra gli altri di simil genere, esso non può essere adoperato che esperimentando sopra animali di piccola mole. Per altre ricerche il *Mus Musculus* era l'animale sul quale si era sperimentato con ottimi risultati e noi volemmo vedere se la femmina di questo piccolo roditore potesse essere utilizzata anche per le presenti ricerche, sopportando o no gravi atti operativi, quali l'estirpazione delle ovaie. Contro ogni nostra previsione noi ottenemmo dei buoni risultati.

Prima però di venire all'esposizione dei medesimi, crediamo opportuno descrivere assai brevemente l'apparecchio da noi adoperato, dando dèl medesimo la Figura, per maggiore intelligenza del lettore.

Esso è rappresentato da un grosso recipiente di vetro appositamente costruito, onde resistere a temperature elevate, avente la forma di un pallone della capacità di circa 23 litri. L'apertura del medesimo, del diametro di circa cm. 16, viene chiusa da un tappo metallico, che

si adatta al bordo smerigliato del pallone, col quale per mezzo di tre viti articolate e fissate ad una fascia metallica, applicata al collo dello stesso, mediante interposizione di un anello di gomma elastica, si può ottenere la perfetta chiusura del recipiente. Il tappo metallico poi, avente la parte centrale concava per raccogliere quel po' di acqua che potesse scolare lungo le pareti del pallone, è attraversato da due tubi, uno di entrata dell'aria, che giunge fino ai due terzi circa del recipiente, l'altro di uscita, che termina nel punto più basso del fondo concavo del tappo. Al vertice del pallone e nella parte centrale, si nota un anello di vetro, destinato a sostenere una piccola gabbia, dove viene racchiuso l'animale in esperimento. L'aria prima di giungere nell'interno dell'apparecchio attraversa un contatore, piccolo modello, che serve ad indicare la quantità di aria passata durante l'esperienza. Indi essa giunge in un apparecchio depuratore ed essiccatore, formato da una bottiglia di lavaggio di Wolff, contenente una soluzione soprasatura di potassa e da tre tubi cilindrici ripieni il primo di potassa caustica, divisa in pezzi minuti per fissare l'acido carbonico dell'aria, e gli altri due di pomice, imbevuta di acido solforico, per assorbire il vapore d'acqua.

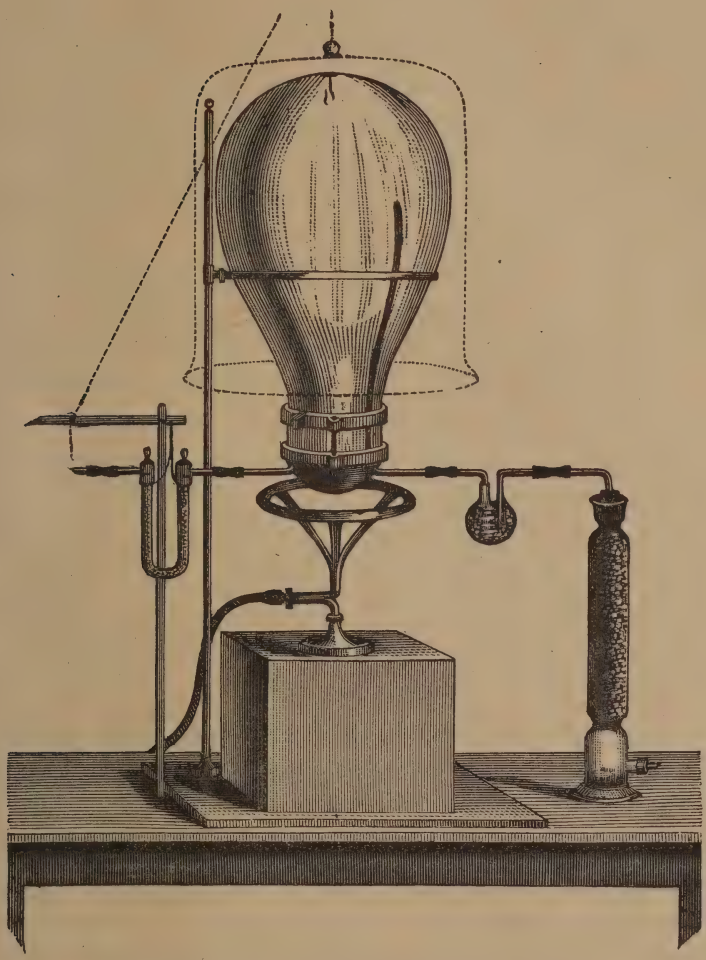
L'aria così priva di anidride carbonica e d'acqua giunge nell'apparecchio. Ad evitare però, che l'animale respiri in un ambiente perfettamente secco, si intercala fra l'apparecchio depuratore ed il pallone, uu piccolo tubo ad U, ripieno di pomice imbevuta di acqua. Con una serie di tubi ad U, a tenuta perfetta, chiusi con tappi a smeriglio, alcuni dei quali ripieni con pomice imbevuta di potassa ed altri con pomice imbevuta di acido solforico, riuniti fra di loro per mezzo di pezzi di tubo di cautchouc, si fissa l'acido carbonico e l'acqua emessa dall'animale. L'aspirazione vien fatta da una pompa Bunsen, ed è regolata in modo, che il passaggio dell'aria nell'apparecchio sia uniforme e costante.

Con questo apparecchio abbiamo fatto delle ricerche prima e dopo la castrazione, a diversi periodi di tempo, determinando non solo l'anidride carbonica e l'acqua eliminata, ma stabilendo anche il quoziente respiratorio, che sta a rappresentare il rapporto tra l'ossigeno contenuto nell'anidride carbonica espirata e l'ossigeno assorbito.

Delle topine operate due sole sopravvissero a lungo, una per circa 12 mesi, l'altra 5, e su di esse noi facemmo una lunga serie di ricerche.

Ecco il metodo operativo da noi seguito nell'asportazione delle ovaie in questi piccoli animali.

La topina veniva fissata sopra una tavoletta di legno, legandone



Apparecchio per la respirazione ideato dal Prof. Luciani.

gli arti ai lati della medesima. Poscia si tagliavano accuratamente i peli dell'addome con una piccola forbice ricurva; dopo di avere praticata una scrupolosa disinfezione delle pareti addominali, s'incideva

la pelle nella linea mediana per una lunghezza di circa 3 cm. Con un piccolo bisturì da oculista s'incidevano i muscoli sottostanti e si lacerava con una piccola pinza a dente di topo il peritoneo. La massa intestinale, che subito fuoriusciva, veniva ravvolta in piccole pezze calde di garza sterilizzata e portata lateralmente, ora a destra, ora a sinistra, a seconda che si andava alla ricerca dell'ovaia sinistra o destra.

Come abbiamo detto nella prefazione, non è difficile, dopo un po' di pratica, il rintracciare queste piccole glandole, seguendo come punto di ricerca il decorso delle due corna uterine. Ritrovatele e liberatele da quell'involucro grassoso che le circonda si facevano con sottilissimo filo di catgut due legature, una al di sopra, l'altra al di sotto di queste due glandole; poscia si asportavano.

Terminato l'atto operativo, che quando non sopraggiungevano degli incidenti, era di breve durata, si rimetteva nella cavità addominale la massa intestinale che, come abbiamo detto, avevamo avuto cura di tener sempre diligentemente ravvolta e calda; quindi con sutura continua si faceva prima l'unione del peritoneo e dei muscoli insieme, e poi quella della cute. I bordi della ferita si spalmavano con un leggiero strato di collodion e l'animale si riponeva nella sua piccola gabbia in luogo riscaldato. Esso si riaveva assai presto della grave operazione subìta, e dopo 6 o 7 giorni poteva dirsi guarito.

Nelle topine che noi castravamo, si era sempre prima studiato il chimismo respiratorio, determinando nelle medesime con parecchie ricerche tanto la quantità di anidride carbonica e di acqua eliminate, come la quantità di ossigeno assorbito, potendo così nello stesso animale stabilire un confronto e vedere quali fossero le modificazioni dello scambio respiratorio dopo l'ablazione delle ovaie.

Gli animali prima e dopo la castrazione furono sottoposti sempre allo stesso regime alimentare, composto di 10 c. c. di latte, e 3 grammi di pane. Per ultimo, cercammo che la temperatura dell'ambiente, dove era l'apparecchio, fosse sempre la stessa durante ciascun esperimento, la cui durata era di 6 ore, conoscendo bene, specialmente per i lavori dell'Oddi, quali modificazioni inducano le alte e le basse temperature sul chimismo respiratorio.

Riportiamo nelle seguenti Tabelle i risultati da noi ottenuti sulle due topine castrate.

TABELLA I. — *Topina A.*

DATA	Temperatura	Aria passata	Acqua passata nelle 6 ore	Peso iniziale	Deficit subìto	CO^2 emesso	H^2O emessa	O^2 calcolato	$\frac{CO^2}{O^2}$	OSSERVAZIONI
1895										
30 Gennaio	15-17	26. 150	0. 275	16. 361	0. 614	1. 249	0. 601	1. 236	0. 73	Topina irrequieta.
1 Febbraio	16-19	24. 000	0. 210	16. 702	0. 869	1. 154	0. 741	1. 026	0. 81	
3 »	15-17	27. 000	0. 284	16. 184	0. 817	1. 072	0. 810	1. 065	0. 74	
5 »	14-15	26. 000	0. 262	16. 484	0. 920	1. 082	0. 764	0 926	0. 84	Il 5 Febbraio si opera di di estirpazione delle due ovaie.
20 Marzo	15-16. 8	20. 000	0. 244	18. 788	0. 636	0. 954	0. 668	0. 986	0. 70	Topina quieta.
8 Aprile	16 17	24. 000	0. 220	18. 987	0. 601	0. 891	0. 690	0. 980	0. 63	
1 Maggio	17-18	24. 600	0. 215	18. 883	0. 750	0. 908	0. 745	0. 903	0. 73	
20 »	18-20	22. 200	0. 210	18. 926	0. 630	0. 806	0. 725	0. 925	0. 63	
1 Giugno	20-21	25. 200	0. 290	18. 969	0. 702	0. 899	0. 640	0. 827	0. 78	

TABELLA II. — *Topina B.*

DATA	Temperatura	Aria passata	Acqua passata nelle 6 ore	Peso iniziale	Deficit subìto	CO^2 emesso	H^2O emessa	O^2 calcolato	$\frac{CO^2}{O^2}$	OSSERVAZIONI
1895										
3 Aprile . . .	18-19	24.000	0.206	19.420	0 740	0.820	0.740	0.820	0.72	
5 » . . .	16-17	22.000	0.224	19.524	0.631	0.794	0.785	0.947	0.60	
9 » . . .	18-19.5	23.000	0.253	19.385	0.765	0.896	0.751	0.882	0.73	
12 » . . .	15.8-17	20.000	0.182	19.190	0.750	0.788	0.932	0.970	0.59	Il 16 Aprile si opera di estirpazione delle due ovaie.
20 » . . .	16.5-17.9	24.000	0.225	18 987	0.650	0.692	0.666	0.708	0.61	
5 Maggio . . .	15-16	24.000	0.260	20.740	0.639	0.688	0.650	0.699	0.71	
1 Sett. . . .	20-19	23.200	0.270	21.350	0.660	0.702	0.676	0.718	0.71	
20 » . . .	17-16	22.300	0.255	21.460	0.589	0.621	0.520	0.552	0.81	

* * *

Riportiamo in altre due Tabelle gli stessi esperimenti dopo aver ridotto i risultati ottenuti per 1 Kgr. in peso dell'animale e per una ora di ricerca, allo scopo di mettere meglio in evidenza le differenze ottenute dopo la castrazione.

TABELLA III. — *Topina A.*

DATA	Temperatura	Peso iniziale	Deficit per Kilo e per ora	CO^2 emesso per Kilo e per ora	H^2O emessa per Kilo e per ora	O^2 calcolato per Kilo e per ora	$\frac{CO^2}{O^2}$	OSSERVAZIONI
1895								
30 Gennaio	15-17	16. 361	6. 250	12. 720	6. 120	12. 59	0. 73	Topina irrequieta.
1 Febbraio	16-19	16. 702	8. 670	11. 510	7. 390	10. 23	0. 81	
3 »	15-17	16. 184	8. 400	11. 030	8. 340	10. 96	0. 74	
5 »	14-25	16. 484	9. 300	10. 930	7. 720	9. 53	0. 84	Il 5 Febbraio si opera di estirpaz. delle due ovaie.
12 »	14-15	16. 164	10. 089	13. 771	10. 166	13. 848	0. 72	
20 Marzo	15-16. 8	18. 788	5. 650	8. 462	5. 926	8 746	0. 70	Topina quietissima.
8 Aprile	16-17	18. 987	5. 275	7. 987	6. 146	8. 602	0. 63	
1 Maggio	17-18	18. 883	7. 531	7. 926	6. 575	7. 970	0. 73	La topina si mantiene sempre quietissima.
20 »	19-20	18. 926	5 547	7. 097	6. 384	7. 934	0. 63	
1 Giugno	20-21	18. 969	6. 186	7. 895	6. 501	7. 261	0. 78	

TABELLA IV. — *Topina B.*

DATA	Temperatura	Peso iniziale	Deficit subìto per Kilo e per ora	CO^2 emesso per Kilo e per ora	H^2O emessa per Kilo e per ora	O^2 calcolato per Kilo e per ora	$\frac{CO^2}{O^2}$	OSSERVAZIONI
1895								
3 Aprile	18-19	19. 420	6. 350	7. 037	6. 350	7. 895	0. 72	
5 »	16-17	19. 524	5. 386	6. 766	6. 701	8. 084	0. 60	
9 »	18-19. 5	19. 385	6. 525	7. 701	6. 370	7. 583	6. 73	
12 »	11. 8-17	19. 190	6. 513	6. 677	8. 094	8. 441	0. 59	Il 16 Aprile si opera di estirpaz. delle due ovaie.
20 »	16. 5-17. 9	18. 987	5. 705	6. 074	5. 846	6 214	0. 61	L'animale non ha mangiato la solita razione di cibo.
5 Maggio	15-16	20. 740	5. 135	5. 528	5. 223	5. 617	0. 71	
7 Settembre	20-19	21. 350	5. 172	5. 480	5. 277	5. 604	0. 74	
30 »	17-16	21. 460	4. 574	4. 745	4. 038	4. 287	0. 81	

***

Ci parve interessante inoltre, di ricercare quali fossero nelle cagne nelle quali avevamo già studiato il ricambio azotato, le modificazioni del chimismo respiratorio dopo l'ablazione dell'ovaie.

In questa serie di ricerche, noi ci limitammo a studiare le sole variazioni dell'anidride carbonica, non potendo per le speciali condizioni dell'apparecchio, con cui esperimentavamo, determinare nè in via diretta, nè per differenza la quantità di ossigeno assorbito dall'animale. Quindi non ci fu possibile lo stabilire, anche nelle cagne, il quoziente respiratorio, come avevamo fatto per le topine.

I risultati avuti non riuscirono per questo meno importanti. Prima però di esporle, crediamo opportuno di dare una succinta, ma esatta descrizione dell'apparecchio, di cui noi ci servimmo per queste ricerche.

Esso è stato ideato dal Prof. Colasanti, il quale con squisita cortesia mise a nostra disposizione il suo Laboratorio. Dell'ospitalità concessaci gli rendiamo sentiti ringraziamenti (*).

L'apparecchio del Colasanti è basato sugli stessi principî di quello del Pettenkofer.

L'animale viene racchiuso in una grande camera a cristalli, così costruita per poterlo ben sorvegliare durante l'esperienza, della capacità di c. c. 163220. Essa viene chiusa per mezzo di uno sportellino con delle viti a pressione, tanto da avere la tenuta perfetta dell'aria. Nella parte superiore dell'apparecchio si trovano due aperture, delle quali una comunica con una serie di bottiglie di lavaggio, contenenti una soluzione satura di potassa, allo scopo di fissare l'acido carbonico dell'aria, che penetra nell'apparecchio, l'altra parimenti sta in rapporto per mezzo di tubi di vetro e di gomma con una seconda serie di bottiglie di Wolff di varia grandezza, contenenti ciascuna una soluzione di barite di titolo noto. Parimenti nella parte centrale della parete superiore della camera è fissato un termometro, che segna la temperatura dell'ambiente, in cui si trova l'animale. Lateralmente al tubo di vetro, che come astuccio tiene racchiuso il termometro, è innestato un manometro a mercurio, comunicante esso pure con l'interno della camera e per mezzo di fili elettrici ed una pila Grenet con una suoneria. Il

(*) Il Dott. Bonanni fin dall'anno scorso nel laboratorio di farmacologia diretto dal Prof. Colasanti, eseguì con questo apparecchio una lunga serie di ricerche assai interessanti, studiando il ricambio azotato e respiratorio nei cani spancreati. Dei risultati ottenuti il Prof. Colasanti fece una comunicazione al Congresso di Medicina interna nell' Ottobre del 1895. Il lavoro del Dott. Bonanni dove il lettore potrà trovare più ampie notizie sul nuovo apparecchio è in via di pubblicazione.

manometro oltre ad indicarci se l'apparecchio sia o no a tenuta perfetta, la qual prova viene ripetuta ogni volta che si esperimenta, ci avverte anche quando nell'interno del medesimo sia aumentata la pressione, per disturbato equilibrio fra l'aria che penetra e quella che viene aspirata. Quando ciò avviene, l'osservatore, che durante l'esperienza può benissimo lasciare a sè l'apparecchio, senza bisogno di una sorveglianza diretta, viene avvisato dal suono continuo del campanello, che non cessa fino a che non si livellino le due branche del manometro, ciò che si ottiene facilmente ristabilendo con opportune manovre nell'interno dell'apparecchio una pressione uguale a quella dell'ambiente esterno.

L'animale, che per la cubatura dell'apparecchio non può essere che di media taglia, del peso cioè di 3 a 4 Kg., riposa sopra una graticciata di ferro, attraverso la quale passa l'urina emessa durante l'esperienza e che raccolta nella parte inferiore più declive può, quando è terminata l'esperienza, a mezzo di un rubinetto, essere raccolta e mescolata all'altra urina emessa nelle 24 ore fuori dall'apparecchio.

In tal guisa riesce possibile di studiare nello stesso animale, non solo il ricambio respiratorio, ma anche il ricambio azotato.

L'aria che penetra nell'interno dell'apparecchio vi viene spinta per mezzo di una pompa premente, in modo regolare ed uniforme. Ciò è di grande vantaggio, perchè l'aria aspirata così trova modo di vincere facilmente tutte le resistenze, che avrebbe incontrato. Essa prima di giungere nella camera a cristalli passa, come già abbiamo accennato, attraverso due grosse boccie di lavaggio di Wolff, contenenti ciascuna una soluzione satura di potassa, poscia attraversa un grosso cilindro di vetro, esso pure pieno di piccoli pezzetti di potassa, quindi gorgoglia in un'altra piccola boccia di Wolff, contenente una soluzione limpidissima di barite, che serve di controllo per conoscere, quando la soluzione di potassa contenuta nelle due grosse bottiglie di lavaggio è già saturata ed in ultimo passa per un contatore, piccolo modello, allo scopo di valutare con la massima precisione la quantità d'aria introdotta nell'apparecchio durante l'esperienza.

L'aria poi, viene aspirata dall'apparecchio per mezzo di una pompa Bunsen e passando in bottiglie di lavaggio di varia grandezza contenenti una soluzione titolata di barite, cede a questa l'anidride carbonica emessa dall'animale.

Per le nostre ricerche, ognuna delle quali durava sempre 4 ore, adoperavamo 8 litri di una soluzione di barite, di titolo noto. Questo era determinato, prima e dopo l'esperienza, con il metodo del Pettenkofer, vale a dire con una soluzione titolata di acido ossalico, adoperando come liquido indicatore una soluzione di fenolptaleina. Tanto prima come dopo l'esperimento noi praticavamo due dosaggi della soluzione di barite, per stabilirne il titolo con la massima esattezza, prendendo sempre dalla quantità totale della medesima, una piccola porzione: 25 cc. Di questa si stabiliva il titolo e con un calcolo molto semplice si determinava poi il titolo degli 8 litri di barite, di cui ci servivamo per fissare l'anidride carbonica emessa dall'animale durante l'esperienza. La soluzione di acido ossalico adoperata conteneva gr. 5,643 di questo sale, corrispondendo un c. c. di questa soluzione ad un c. c. di anidride carbonica.

Titolata la soluzione di barite, essa veniva versata con accuratezza, onde non perderne la minima quantità, nelle diverse boccie di lavaggio, allo scopo di potersi l'anidride carbonica emessa dall'animale meglio fissare e combinarsi con la barite. Terminato l'esperimento, tutto il liquido si riuniva nel recipiente più grande di lavamento, e dopo di avere agitata tutta la massa di esso, si lasciava per un lungo spazio di tempo, fino a che esso cioè, non era limpido e quindi pronto per il dosaggio.

Così facendo però, non si riesce a determinare tutta la quantità di anidride carbonica emessa dall'animale, non potendo, per quanto forte fosse l'aspirazione, venire asportata tutta la quantità dell'anidride carbonica rimasta nell'apparecchio al termine dell'esperimento. Ma con un calcolo abbastanza semplice si riesce a determinare anche quella quantità di acido carbonico, rimasta nell'interno del medesimo.

Conosciuta la quantità di aria passata e misurata con la massima esattezza dal contatore, nonchè la quantità di anidride carbonica emessa dall'animale durante l'esperimento, che è stata fissata nelle diverse boccie di lavaggio, si cerca prima di tutto di stabilire quanta se ne può trovare in uno spazio limitato della camera a cristalli, per esempio in 1000 c. c. Trovato questo dato, sapendo la capacità dell'apparecchio, si può con una semplice proporzione assai facilmente valutare tutta la quantità di anidride carbonica contenuta nell'interno della piccola camera. Però, prima di far questo calcolo, noi dovremo togliere alla

cubatura dell'ambiente il volume dell'animale, che si calcola dal peso del corpo: la differenza ottenuta ci indicherà tutto lo spazio rimasto libero della piccola stanza a cristalli.

Calcolata in tal modo la quantità di anidride carbonica rimasta nell'interno dell'apparecchio, essa si aggiunge alla quantità fissata dalla barite e valutata per mezzo della soluzione titolata di acido ossalico. Così facendo si riusciva a determinare con esattezza la quantità totale dell'acido carbonico emesso dalla cagna durante tutto l'esperimento, e con un calcolo ancora più semplice si stabiliva la quantità di anidride carbonica emessa per kilo e per ora e ciò per avere dei dati paragonabili con quelli ottenuti dagli altri esperimentatori.

***

Descritto così l'apparecchio da noi usato per questa altra serie di ricerche sulla respirazione, trascriviamo senza altro dal nostro giornale di Laboratorio le esperienze da noi compiute in una cagna giovane.

Cagna *D* bastarda di pelo nero, ben nutrita, del peso di Kg. 5,250.

Viene sottoposta per parecchi giorni, prima di essere racchiusa entro l'apparecchio, ad una alimentazione costante, composta di gr. 350 di pane, gr. 250 di carne ed 800 c. c. di acqua. Poscia, prima di essere castrata, viene posta nell'apparecchio per vari giorni e per uno spazio di tempo di 4 ore, onde valutare l'anidride carbonica emessa dall'animale in condizioni normali. Si stabilisce così una media dell'acido carbonico emesso per kilo e per ora per avere un termine con cui paragonare i risultati ottenuti dopo l'ablazione delle ovaie.

In tutte le ricerche fatte, tanto prima come dopo la castrazione, noi cercammo, come per le topine, che la temperatura dell'ambiente fosse, per quanto era possibile, ogni volta la medesima, avendo cura di porre l'animale nell'apparecchio sempre ad uguale distanza dal pasto per evitare ogni altra causa, che potesse da per sè sola apportare delle modificazioni sul chimismo respiratorio.

Trovato così il *quantum* di anidride carbonica emessa per kilo e per ora dalla cagna in condizioni normali, il 20 Marzo viene operata di estirpazione di ambedue le ovaie.

Rimessosi l'animale dall'operazione, fu nuovamente sottoposto alla dieta avanti stabilita e raggiunto che si ebbe il peso iniziale, tornammo a studiare il ricambio respiratorio, racchiudendo la cagna nell'apparecchio sempre per la stessa durata di tempo, e con intervalli più o

meno lunghi da una esperienza all'altra, per assicurarci se le modificazioni che si riscontravano dopo la castrazione erano di breve durata e permanenti.

Riportiamo nella seguente Tabella i risultati ottenuti nelle diverse ricerche fatte prima e dopo l'ablazione delle ovaie.

TABELLA V. — *Cagna D.*

DATA DELL'ESPERIENZA	Peso dell'animale	Temperatura	Aria passata nelle 4 ore	Quantità totale di CO^2	CO^2 per Kilo e per ora	OSSERVAZIONI
	gr.		litri	c. c.	c. c.	
18 Marzo . . .	5. 250	16-15	76. 580	3072	145	L'animale abituato a vivere nella gabbia resta quietissimo nell'apparecchio.
19 » . . .	5. 240	16-17	77. 250	3459	165	
20 » . . .	5. 260	16-18	77. 400	2420	113	
26 » . . .	5. 200	17-18	53. 800	3040	146	Il 27 Aprile si pratica l'estirpazione delle due ovaie.
1 Maggio . .	5. 400	23-22	67. 850	2110	97	
4 » . .	5. 620	20-21	69. 000	2000	89	
7 Agosto . .	6. 700	27-28	43. 530	2646	98	
10 » . .	6. 800	26-27	56. 400	2413	88	
26 » . .	6. 850	26-27	44. 100	3362	122	Si iniettano c. c. 50 di succo ovarico.

***

Dai risultati di tutte queste ricerche ci sembra potersi dedurre quanto segue:

1.° L'ablazione delle ovaie determina una notevole influenza sul metabolismo organico.

2.° La curva segnata dai fosfati eliminati per le orine dopo la castrazione si abbassa considerevolmente.

Tale abbassamento non è dovuto nè all'alimentazione, poichè questa rimane uguale prima e dopo l'operazione, nè d'altro canto a diminuito potere assorbente dell'intestino, perchè le condizioni del tubo gastro-enterico dopo l'ovariectomia rimanevano integre, essendovi assenza di disturbi intestinali ed aumentando sempre più il peso dell'animale, e come del resto le ricerche fatte sulle feccie confermarono.

3.° La curva dell'azoto eliminato dopo l'ovariectomia, ricercato sia col metodo Kjeldahl, sia col metodo Yvon, presenta leggiere oscillazioni solite ad osservarsi, senza tendere decisamente a salire o ad abbassarsi.

4.° Dopo la castrazione l'acido carbonico eliminato per la respirazione e l'ossigeno assorbito diminuiscono notevolmente fino ad un certo limite; poi si mantengono in tale proporzione stazionari.

5.° Negli animali castrati la curva del peso sale gradatamente sino a raggiungere proporzioni considerevoli per il tempo in cui l'animale fu tenuto in esperimento (5-6 mesi).

6.° Nelle cagne castrate, nelle quali si aveva già una rimarchevole diminuzione nella eliminazione dei fosfati, iniettando nel cellulare sottocutaneo una certa dose di succo ovarico, la quantità dei fosfati eliminati torna ad aumentare e a divenire anche superiore a quella che si aveva prima della castrazione; iniettandone dosi ancora maggiori i fosfati crescono in modo considerevole. Tale aumento non è proporzionato alla quantità dei medesimi contenuta nel succo ovarico iniettato.

7.° L'asportazione dell'utero insieme alle ovaie sembra non indurre alcuna modificazione a quanto già ebbe ad osservarsi dopo la sola asportazione delle ovaie.

PARTE SECONDA.

Fatti clinici e sperimentali che dimostrano la secrezione interna delle ovaie.

I fatti rilevati dalle precedenti ricerche non solo ci mettono in grado di spiegare i fenomeni più comunemente osservati dopo la castrazione, nonchè quelli relativi allo scambio organico durante il periodo della vita sessuale e della menopausa, ma ci danno il filo di Arianna, onde svolgere la tanto controversa questione della guarigione dell'osteomalacia con l'ovariectomia.

Ma procediamo per ordine, dallo spiegare cioè, il fenomeno ben noto dell'adiposi, consecutivo alla castrazione.

***

Il primo fatto che colpisce chi prende in esame i risultati ottenuti dalle esperienze eseguite sulla femmina del *Mus Musculus* relative alla respirazione, si è che dopo la castrazione tutto lo scambio respiratorio si fa più lento.

Non è difficile il rilevar ciò, paragonando la quantità di anidride carbonica e di acqua eliminate, nonchè la quantità di ossigeno assorbito dai due animali in esperimento, tanto prima che dopo l'asportazione delle ovaie.

Infatti, la quantità media di anidride carbonica e di acqua emessa durante l'esperienze avanti la castrazione nella topina *A* è di gr. 11,547 per la prima e di gr. 7,392 per la seconda, mentre dopo la castrazione la quantità media dell'anidride carbonica è di gr. 7,873 e dell'acqua di gr. 6,326. Anche l'ossigeno assorbito è minore, essendo prima della castrazione di gr. 10,827 e dopo l'operazione di gr. 8,102. Infine il *deficit* subito per kilo e per ora che prima era di gr. 8,155, dopo la castrazione scende a gr. 5,837.

Gli stessi risultati abbiamo ottenuto nella topina *B*, la quale eliminava prima della castrazione gr. 7,045 di anidride carbonica e dopo gr. 5,456, e gr. 6,878 di acqua prima dell'operazione e gr. 5,103 dopo. L'ossigeno assorbito mentre prima era di gr. 8,050, dopo la castrazione

è di gr. 5,430 ed infine il *deficit* per kilo e per ora prima era di gr. 6,193 e dopo scende a gr. 5,141. Come si vede anche la perdita in peso subìta dalle due topine durante le 6 ore di esperimento è stata minore dopo l'ablazione delle ovaie. Ed era naturale che i valori avuti nelle singole pesate dell'animale concordassero perfettamente con gli altri dati ottenuti, sapendo esistere sempre un rapporto fra i prodotti della respirazione e le oscillazioni del peso del corpo, potendo anzi queste, da sole, costituire un indice abbastanza preciso dell'attività del ricambio dei tessuti.

Un altro fatto di non minore importanza abbiamo constatato nelle topine castrate.

Quantunque l'eliminazione dell'acido carbonico e dell'acqua e l'assorbimento dell'ossigeno fosse minore dopo la castrazione, pure il quoziente respiratorio, che come anteriormente accennammo sta ad indicare il rapporto fra l'ossigeno introdotto e l'ossigeno contenuto nell'anidride carbonica eliminata, non solo rimane immutato, ma è uguale a quello che si ottiene quando l'animale venga sottoposto ad un'alimentazione mista, composta, cioè di tutti e tre i gruppi delle sostanze alimentari.

***

Questi due fatti da noi ben constatati ci sembra che siano di non poca importanza.

Riscontrandosi, infatti, una minore eliminazione nei prodotti dello scambio respiratorio ed una minore introduzione di ossigeno dopo la castrazione, devesi ritenere che dopo tale atto operativo l'ossidazione delle sostanze alimentari ingerite sia divenuta minore. E poichè una maggiore o minore quantità di anidride carbonica e di acqua eliminate, con un assorbimento più o meno attivo dell'ossigeno stanno ad indicare un più energico od un più lento metabolismo, è logico il dedurre che questa minore ossidazione delle sostanze introdotte con l'alimentazione non sia altro che l'effetto di una diminuita attività nei processi biochimici, che avvengono in seno ai tessuti dell'organismo dopo l'asportazione delle ovaie.

Un altro fatto, come già abbiamo accennato, risulta dalle nostre esperienze.

Si è visto come il quoziente respiratorio dopo la castrazione rimanga invariato e come esso oscilli, tanto prima come dopo tale atto operativo, tra 0,70 e 0.80, non allontanandosi mai da questi limiti. Il che dimostra, in modo evidente, che dopo la castrazione non si ha una minore ossidazione di una piuttosto che di un'altra delle sostanze alimentari, ma che invece si consumano meno tanto le sostanze grasse e le azotate, come gli idrati di carbonio.

Se così non fosse, avendo ciascuno di questi tre gruppi alimentari un quoziente respiratorio proprio, quando o l'una o l'altra delle sostanze introdotte non venisse ossidata, noi dovremmo senz'altro riscontrare il quoziente respiratorio proprio di quel gruppo, che a preferenza delle altre viene bruciato. Ciò non verificandosi però, come abbiamo potuto constatare nelle indagini fatte anche ad intervalli lunghi di tempo da un'esperienza all'altra, ci par giusto il dedurre che nelle topine dopo l'ablazione delle ovaie si ha *un abbassamento di tutto il complessivo scambio materiale dinamico, senza esserci un risparmio dell'uno piuttosto che dell'altro dei tre gruppi delle sostanze alimentari ingerite.*

***

Passiamo ora ad esaminare i fatti osservati nella cagna in cui avemmo a studiare pure il ricambio respiratorio e che trovansi riassunti nella Tabella V.

Anche in questo animale, come nelle topine, abbiamo constatato dopo la castrazione una minore eliminazione dell'anidride carbonica. Infatti mentre prima dell'ablazione delle ovaie la cagna emetteva per kilo e per ora in media c. c. 141 di anidride carbonica, dopo tale atto operativo la quantità eliminata fu di c. c. 93. Si ha quindi una differenza di c. c. 48 nell'emissione dell'acido carbonico per kilo e per ora. Di più, si osserva che mentre l'animale emette una minore quantità di anidride carbonica, esso va aumentando in peso gradatamente, pur rimanendo invariata e costante la quantità di cibo ingerito, la qual cosa non si effettuava prima della castrazione.

L'aumento in peso dopo quest'atto operativo non è stato da noi solamente constatato in questa cagna, dove studiammo il ricambio respiratorio; anche nelle altre, dove si ricercò soltanto il ricambio del-

l'azoto e dei fosfati, (non potendo contemporaneamente nelle medesime studiare l'eliminazione dell'anidride carbonica, per non avere a nostra disposizione in quell'epoca l'apparecchio del Colasanti), noi trovammo un aumento considerevole nel peso dopo la castrazione, come chiaramente lo dimostra l'andamento della curva *P* delle Tavole che trovansi in fine al lavoro. Anche le topine castrate crebbero in peso.

Osservammo inoltre, in tutti questi animali un cambiamento marcatissimo di abitudini e di carattere dopo la castrazione. Da vispi ed intelligenti che erano avanti l'operazione, essi divennero tardi e lenti nei movimenti. Non s'interessavano più di quanto accadeva intorno a loro, rimanevano continuamente accovacciati e non si muovevano, se non quando veniva loro offerto del cibo, che mangiavano con la stessa avidità, come facevano avanti di essere operati (*).

È evidente adunque, che in seguito all'ablazione delle ovaie anche nelle cagne lo scambio materiale si modifica, avendosi nell'interno dei tessuti una più lenta ossidazione delle sostanze ingerite. Ora, poichè l'anidride carbonica insieme all'acqua emessa con la respirazione rappresentano prevalentemente i prodotti ultimi del consumo del grasso e degli idrati di carbonio, trovando una minore eliminazione delle medesime, devesi ammettere che dopo l'ablazione delle ovaie si consumino meno tanto l'uno, come l'altro di questi due gruppi di sostanze e che l'aumento del peso sia in relazione con questo fatto.

Avendosi poi, avuto cura di somministrare alle cagne in esperimento, un'alimentazione priva il più possiblle di grassi, non riuscirebbe facile il comprendere, come il notevole accumulo di adipe, che costantemente si verifica dopo la castrazione, notato fin dai tempi più antichi negli animali e dalle statistiche recenti del Tilt e del Glaevèke (38) messo fuor di dubbio nelle donne, possa originarsi esclusivamente dagli idrati di carbonio e da quelle piccole quantità di grasso introdotti con l'alimentazione.

Ciò quindi c'induce ad ammettere che esso debba originarsi anche in altro modo.

(*) Se questo cambiamento nelle abitudini possa dipendere da eventuali lesioni del sistema nervoso susseguenti alla castrazione non possiamo affermarlo. Noi abbiamo messo ad indurire nel liquido del Müller il cervello ed il midollo spinale di alcune di queste cagne, onde indagarne al microscopio l'intima tessitura, sin da ora però dichiarandoci poco fiduciosi in risultati positivi.

È fatto accertato, che l'adipe che si rinviene nell'organismo, oltre che dagli idrati di carbonio e dal grasso introdotto in abbondanza con l'alimentazione, provenga anche dall'albumina. Classiche sono ed importantissime le ricerche fatte dal Voit e dal Pettenkofer intorno a questo argomento.

Essi nutrivano dei cani con carne priva di grassi, determinandone l'azoto ed il carbonio in essa contenuti. Ricercando quindi nell'*escreta* l'azoto ed il carbonio introdotti con la carne, ritrovarono tutto l'azoto dell'albumina ingerita nelle urine e nelle feccie, ma non tutto il carbonio emesso per le orine e per le feccie e con l'aria espirata.

Per spiegare questo fatto il Voit ed il Pettenkofer conclusero che la molecola albuminoidea nell'organismo si sdoppi in una parte azotata ed in una priva di azoto, delle quali la prima sarebbe decomposta nei prodotti finali, urea, acido urico ecc..., e la seconda sarebbe trattenuta nell'organismo e darebbe origine al grasso. Sul modo però, come questo gruppo atomico non azotato giunga a formare questo prodotto sappiamo assai poco.

Queste ricerche non furono confermate da Pflüger, il quale ripetendo le esperienze del Voit e del Pettenkofer giunse alla conclusione opposta, che cioè nel cane almeno, il grasso non abbia origine dall'albumina.

Il Voit però, ripetè le esperienze già fatte, confermando non solo quanto aveva asserito insieme al Pettenkofer, ma stabilendo insieme all'Hennerberg il *quantum* di grasso possa originarsi dall'albumina.

Altri esperimentatori poi studiarono questo importante quesito di chimica fisiologica, giungendo alle stesse conclusioni, alle quali erano pervenuti il Voit e il Pettenkofer.

***

Si può quindi, dopo quanto abbiamo riferito, ritenere come sperimentalmente dimostrato che il grasso può avere origine anche dall'albumina. Ora per spiegare il fenomeno della adiposi, consecutivo all'ovariectomia, che nelle cagne da noi operate, alle quali si dava giornalmente un'abbondante quantità di albumina, si rese molto evidente, riteniamo debba concorrervi non solo il grasso che si origina dagli idrati di carbonio e quello che viene introdotto con l'alimenta-

zione, ma anche quello che si origina dal gruppo atomico non azotato dell'albumina introdotta con i cibi.

È il risparmio nel consumo del grasso che ha origine dai tre gruppi delle sostanze alimentari, il quale si verifica dopo l'ablazione delle ovaie, che dà luogo all'accumulo di adipe nei tessuti degli animali castrati.

Ma quale è la ragione, per cui dopo l'asportazione delle glandole sessuali debba verificarsi il fenomeno or ora rilevato? Deve esso forse attribuirsi ad un'influenza nervosa, come fin'oggi si è preteso, o non è più conforme agli ultimi dettami della scienza il pensare ad una mancata eventuale secrezione interna delle ovaie?

Di ciò più diffusamente ci occuperemo dopo aver preso in serio esame un altro fatto messo in rilievo dalle nostre esperienze.

***

Degno di grande interesse è in verità, il fenomeno da noi constatato dopo l'ovariectomia della diminuzione considerevole nella eliminazione dei fosfati ed il loro aumentare, allorquando nel cellulare sottocutaneo degli animali, già privi delle glandole sessuali, s'inietta del succo ovarico.

Questo fenomeno, a prima vista assai semplice, se da un lato ci induce ad ammettere nelle ovaie la secrezione di una sostanza tuttora ignota, capace di favorire l'ossidazione delle sostanze organiche fosforate, dall'altro bene ci spiega i benefici effetti terapeutici ottenuti dall'ablazione delle ovaie nella *mollities ossium.*

Poche questioni, in verità, suscitarono tanta vivacità di discussioni quanto questa, e nella mente dei patologi e dei clinici ebbero eco le ipotesi più ingegnose e più svariate. Ma come si notò fin da principio, la strada che si batteva non era quella che avrebbe potuto condurci alla soluzione dell'importante questione. Solo perchè togliendo le ovaie erasi osservato la guarigione dell'osteomalacia, si volle dagli osservatori riporre in quelle glandole il momento etiologico della osteopatia.

Più che cercare quali fossero le influenze delle glandole sessuali sul labile bilancio organico delle osteomalaciche era necessario, lo ripetiamo, partire da un fatto fisiologico bene accertato, conoscere cioè l'influenza delle ovaie sul metabolismo organico in condizioni normali.

***

Ma se nelle ovaie, da alcuni osservatori volle riporsi la causa dell'osteomalacia, non era agevole d'altro canto con le conoscenze attuali sulla fisiologia di questi organi, il rendersi ragione del fatto che essi sede di alterazioni morbose non da tutti constatate, e consistenti, solo in qualche caso del Fehling in un lieve edema e replezione dei plessi utero-ovarici, non era agevole, diciamo, spiegare come mai queste glandole potessero avere sì notevole influenza su di una malattia, la quale si presenta con alterazioni profonde del tessuto osseo. Non era facile, anche ammettendo, come fece il Fehling, una esaltata funzionalità ovarica, la quale potesse indurre per via riflessa, un eccitamento dei nervi vaso-dilatatori, ovvero una paralisi dei nervi vaso-costrittori del midollo e conseguentemente un maggiore riassorbimento di sali calcarei, specialmente delle ossa del bacino.

Da qui adunque, le varie teorie, le quali tutte a parer nostro, risentono dello stesso peccato di origine, l'essersi cioè i vari ricercatori preoccupati di risolvere la patogenesi del processo osteomalacico con l'osservazione clinica soltanto, senza pensare che la fisiologia dell'ovaio e la sua influenza sul ricambio materiale era ancora ben lungi dall'essere patrimonio delle nostre conoscenze.

Perocchè, se è vero che molte volte l'azione terapeutica rischiarò la mente del patologo bene avviandolo allo studio delle cause del processo morboso, lo stesso non può dirsi essere avvenuto per l'osteomalacia e mai in verità, intorno alla sua patogenesi si notò confusione più grande di quella che oggi si osserva. Ne fanno fede le parole dell'Hofmeier: « *Se è innegabile,* egli dice, *l'efficacia della castrazione nella osteomalacia, questo fatto d'altro canto ci ha resi ancora oscuri i più capitoli dell'etiologia e patogenesi di questa osteopatia, ed ha aumentato le nostre incertezze sulla strana natura della malattia* » (39).

***

Ma per quanto controversa sia tuttora la patogenesi dell'osteomalacia, nullameno è indubitato come per essa si abbia una notevole diminuzione nella quantità dei fosfati componenti le ossa, onde queste perdono la loro naturale solidità, ripiegandosi in quei punti dello sche-

letro, ove maggiore è il peso sopportato. Siegfried Neumann (40), or non è molto, rilevando la raccomandazione già fatta venti anni fa dal Senator, di studiare nell'osteomalacia il ricambio organico, almeno per quei componenti dell'urina, che hanno speciale importanza, determinava in un caso, la quantità di calce, di magnesia e di fosfati introdotta con gli alimenti nonchè quella perduta con le orine. La quantità di calce eliminata con le urine, nello stadio di rigenerazione delle ossa, è minore di quella escreta nel periodo attivo della malattia ed anche di quella eliminata in condizioni normali: epperò, se si tenesse calcolo semplicemente dei dati urologici, si dovrebbe concludere che la calce è trattenuta nell'organismo, nel periodo di guarigione, in maggior copia che in quello della malattia. Invece se si tiene calcolo della *quantità totale,* della calce eliminata con le urine e con le fecce, confrontata con quella introdotta con gli alimenti, si vede che la calce trattenuta è in quantità minore nel periodo di guarigione della malattia, che nel primo. Ma, a proposito di tale reperto apparentemente strano, Siegfried Neumann nota, che in questo primo periodo, del processo morboso potrebbero, come in altri casi si è ampiamente verificato, essersi formati calcoli di sali di calce in svariate parti del corpo, quasi riserve sfruttate poi durante il periodo della guarigione. La quantità di magnesia che erasi perduta nello studio progressivo della malattia diminuisce nel periodo di guarigione venendo essa utilizzata dalle ossa. Nello stadio attivo dell'osteomalacia inoltre, il bilancio organico subisce una *notevole perdita* di anidride fosforica, certamente sostenuta in massima parte dalle ossa. Infatti, la mancanza assoluta di disturbi gastroenterici non permette di pensare ad un diminuito assorbimento di fosfati contenuti negli alimenti; nel periodo di guarigione infine, la quantità di fosfati trattenuta è proporzionata alle perdite subìte nel primo periodo.

In un altro recente lavoro pubblicato nell'*Archiv für Gynäkologie* di quest'anno, Siegfried Neumann ritorna sullo stesso argomento con ulteriori ricerche. Queste, se non portano alcun contributo sulla conoscenza della etiologia del processo osteomalacico, confermano però, ancora una volta, il fatto della perdita di calce, di magnesio, e di anidride fosforica subìta dalle inferme durante la malattia e come la eliminazione di tutti questi prodotti, e particolarmente dell'acido fosforico e dell'anidride diminuisca in modo considerevole durante lo stadio di guarigione della malattia.

Il Siegfried Neumann inoltre ammette, di avere dimostrato con le sue ricerche che nell'osteomalacia, insieme alle alterazioni delle ossa, si hanno alterazioni dell'intero organismo, le quali si manifestano con perdite di albumina nello stadio progressivo della malattia. Questa perdita di albumina non sarebbe solo a spese delle ossa, ma anche degli altri tessuti.

Già in casi di osteomalacia Wrigt, Virchow e Pagenstecker avevano rispettivamente trovati sali calcarei nelle secrezioni del corpo, come nella saliva, nel sudore, nelle secrezioni bronchiali ed intestinali. Gusserow, che si fece mandare dal Winckel da Gummersbach, ove l'osteomalacia è molto diffusa, del latte di nutrici osteomalaciche, trovò in esso un aumento considerevole della calce sino a raggiungere una cifra più del doppio del normale; così, mentre secondo le sue esperienze, il latte normale contiene 0,0109 per 100 di calce (Boecker dà invece 0,0099) quello di due nutrici osteomalaciche diede in un caso 0,0325 di calce, e nell'altro 0,223.

***

È ben noto d'altro canto, che i fosfati contenuti nelle urine e nelle feccie, in parte provengono dagli alimenti ingeriti, in parte dai prodotti di consumo dei tessuti contenenti sostanze organiche fosforate (lecitine, nucleine, jecorine) ed in massima parte infine dalla eliminazione dei fosfati terrosi contenuti dalle ossa.

Ora, uguale rimanendo nei nostri animali di esperimento l'alimentazione prima e dopo l'asportazione delle ovaie, è logico ritenere che la diminuzione nella eliminazione dei fosfati debba dipendere non già da una minore introduzione dei medesimi per mezzo dei cibi, ma da una diminuita ossidazione del fosforo esistente in forma organica nei tessuti, il quale immagazzinato nell'organismo, combinandosi con le basi terrose, verrebbe ad accumularsi nelle ossa sotto forma di fosfato calcico e magnesiaco.

Il non aver noi fatto nelle cagne in esperimento la ricerca della calce e della magnesia escreta, ci potrebbe essere facilmente obbiettato. È naturale infatti, che venendo, come noi dimostrammo, dopo l'ablazione delle ovaie, immagazzinati dall'organismo i fosfati terrosi, minore debba essere la quantità di calce e di magnesia emessa dopo

tale atto operativo. Ma la quantità tanto piccola che di queste due basi normalmente si riscontra nelle urine dei cani rende non poco difficile la ricerca e facile l'errore.

***

Stando così le cose, sorgeva in noi spontaneo il quesito di conoscere a che deve attribuirsi questa considerevole diminuzione nell'ossidazione delle sostanze organiche fosforate dopo l'asportazione delle ovaie, nonchè la minore eliminazione dell'anidride carbonica osservata, dopo lo stesso atto operativo nelle femmine del *Mus Musculus* e nelle cagne.

La costanza del fenomeno, osservato allo stato normale dell'organismo, la relativa celerità nella sua manifestazione, nonchè i sorprendenti risultati terapeutici ottenuti mediante l'ovariectomia in una malattia del tessuto osseo, la cui guarigione consiste nel ripristino della naturale solidità dello scheletro, ci fecero tosto sorgere nella mente il pensiero, che le ovaie, come l'altre glandole dell'economia animale, secondo la dottrina generale del Brown-Sequard, fossero l'organo di una speciale secrezione interna e come uno dei caratteri apprezzabili di questo prodotto secretivo fosse quello di favorire l'ossidazione delle sostanze organiche fosforate, degli idrati di carbonio e dei grassi.

Ma la teoria da noi emessa, quantunque trovasse già nel fatto clinico e sperimentale un valido fondamento ed un certo sostegno nelle conoscenze venutesi formando in questi ultimi anni intorno alla secrezione interna delle varie glandole dell'economia animale, tuttavia essa non poteva dirsi ancora dimostrata da un fatto sperimentale decisivo. Ad ottenere quindi questo esperimento, che potesse in modo non dubbio confermare la nostra teoria, indirizzammo tutto il nostro studio.

***

Se è vero, dicevamo, che le ovaie sono l'organo di una secrezione interna e se è vero che questo prodotto secretivo è atto a favorire la combustione delle sostanze fosforate, degli idrati di carbonio e dei grassi, dopo l'ovariectomia, vale a dire mancando questo speciale prodotto secretivo, se s'inietta del succo ovarico, dovremo insieme ad esso immettere nel sangue una certa quantità di questo secreto d'ignota

natura, il quale dovrà evidentemente sostituire, per il tempo in cui esso agisce, le ovaie asportate e dovrà far riapparire aumentata la quantità dei fosfati eliminata per le orine e per le feccie, nonchè la anidride carbonica emessa per la respirazione.

I fatti sperimentali dimostrarono l'esattezza di questo ragionamento.

Quando nel tessuto cellulare delle cagne castrate, nelle quali per vario tempo erasi notato il fenomeno già più volte accennato, si iniettavano 10 c. c. di succo ovarico, vedevamo aumentati i fosfati, i quali non continuando l'iniezione del succo ritornavano a diminuire. Iniettando 20 c. c. dello stesso succo, l'aumento nella eliminazione dei fosfati era più duraturo; iniettandone infine, in un caso 40 c. c. ed essendosi formata nel luogo dell'iniezione una grossa bozza ripiena del liquido, che andò poi man mano riassorbendosi, i fosfati aumentarono in maggior copia.

Lo stesso aumento si osservò nell'eliminazione dell'anidride carbonica dopo l'iniezione di c. c. 50 di succo ovarico. (Vedi Tab. V).

Onde rimuovere il dubbio, che questo fatto potesse essere dovuto ad una eventuale influenza della glicerina contenuta nel succo ovarico, noi iniettammo su varie cagne e sulla stessa della soluzione glicerica, colla quale preparavamo il succo ovarico, ma mai queste iniezioni ci diedero un risultato analogo a quello or ora menzionato.

Un'altra obbiezione inoltre, era mestieri rimuovere, che l'aumento cioè dei fosfati verificatosi in seguito alle iniezioni di succo ovarico fosse dovuto non già, perchè con esso noi iniettavamo nel sangue questo prodotto secretivo, ma per l'aumentata quantità dei fosfati medesimi, che eventualmente potevano essere contenuti nel succo ovarico iniettato.

Non era, in verità, difficile rimuovere una tale obbiezione: il dosamento dell'anidride fosforica nel liquido iniettato ci dimostrò come la quantità dei fosfati in esso contenuta era di gran lunga inferiore a quella che dopo l'iniezione vedevamo aumentare nelle orine.

* * *

Ora, se questi fatti ci davano la prova della giustezza del nostro assunto, d'altra parte trovavamo nella secrezione interna delle ovaie una facile spiegazione degli effetti terapeutici sorprendenti, che con l'asportazione di queste glandole eransi osservati nell'osteomalacia.

Non è che togliendo l'ovaio noi allontaniamo il momento etiologico della malattia; non si hanno in verità, dalle cognizioni anatomo-patologiche attuali, sufficienti prove per sostenere che l'uno stia all'altro come *causa* ad *effetto;* nè l'esperienza da noi fatta d'iniettare per comprovare l'esaltata funzionalità ovarica, ammessa dal Fehling, grandi quantità di succo ovarico in un animale, ci fece osservare la produzione di un'osteomalacia sperimentale.

La distribuzione geografica di questa malattia fa giustamente pensare, come vedremo, alla sua natura endemica ed altre ragioni, che noi avremo occasione di accennare, sono state messe avanti per combattere l'origine ovarica dell'osteopatia.

Nè l'ammettere invero, una secrezione interna ovarica avente sulle sostanze organiche fosforate quello speciale potere ossidante da noi messo in rilievo, significa (come alcuni per non aver attentamente letto la nostra nota preliminare hanno voluto ritenere), riporre nell'ovaio la causa dell'osteomalacia.

Egli è che, asportando le ovaie, venendo a mancare questo loro potere secretivo, apportiamo nel metabolismo organico modificazioni favorevoli, perchè avvenga il ripristino della solidità normale dello scheletro, che è appunto la condizione essenziale per la guarigione del processo osteomalacico. L'obbiezione poi da taluni mossaci, che non tutti i casi di osteomalacia guariscono con l'ovariectomia, lungi dall'infirmare la spiegazione da noi data del modo di agire di questo atto operativo, ci sembra essere invece un fatto che vieppiù l'avvalora.

Imperocchè, noi non possiamo domandare ad un presidio terapeutico più di quanto esso ci può dare, ed è chiaro che in quei casi di osteomalacia inveterati, nei quali alle lesioni profonde dello scheletro si aggiungono quelle di una cachessia ben grave, il semplice favorevole mutamento apportato nello scambio organico dall'asportazione delle ovaie non possa essere condizione sufficiente per la guarigione di organismi tanto deperiti.

Di nessuna importanza è poi il venire affermando che sonvi casi di osteomalacia, i quali guarirono con le cure mediche soltanto, negando quindi questi clinici ogni benefica influenza alla castrazione. È ovvio, che in taluni casi mercè appropriate cure mediche, come quelle proposte dal Latzko, dallo Sternberg, dal Busch, dal Matterstock, le quali hanno tutte per iscopo la somministrazione del fosforo, si possano ap-

portare, per via diversa, in organismi ammalati quei benefici che essi avrebbero ricevuto dall'ablazione delle ovaie.

È doveroso adunque, che ogni clinico pria di accingersi ad un atto operativo, che a parte di ogni altra considerazione d'indole morale, offre sempre uno certa gravità, tenti tutti gli altri rimedi, che possono riuscire con minori pericoli ugualmente utili alle inferme.

Da quanto siamo venuti fin qui esponendo, chiaro si vede quanto diversa sia la nostra dottrina da quella propugnata dal Fehling.

È prezzo dell'opera però, il soffermarsi alquanto sulla teoria emessa dall'insigne ostetrico di Halle.

***

Lo Späth nel 1887 ed il Fochier di Lione nel 1879 avevano segnalato il notevole miglioramento di alcune inferme affette da osteomalacia operate col metodo Porro.

Spettava però al Fehling di rilevare il fatto in modo non dubbio con la sua comunicazione letta in seno alla Società Ginecologica tedesca di Halle nel 1888, nella quale egli paragonava con dati statistici gli esiti di quei casi, nei quali era stato praticato il taglio cesareo conservatore, con quelli nei quali era stata fatta l'amputazione utero-ovarica col metodo Porro. Su 12 inferme operate alla prima maniera, ad eccezione di due casi (osservazione di Winkel e di Reuss), negli altri non erasi notata la guarigione dell'osteomalacia, mentre su 24 inferme trattate col metodo Porro la guarigione era stata costante.

Il Fehling riteneva quindi, l'*osteomalacia una vera trofo-neurosi riflessa del sistema osseo, avente il suo focolaio di riflessione nell'ovaio e che offre analogia col morbo di Basedow e con altre trofo-neurosi* (41).

L'ostetrico di Halle avvalorava la sua teoria di una iperattività ovarica con le seguenti argomentazioni:

1.° Il manifesto peggioramento della malattia in correlazione col periodo menstruale.

2.° La rapidità sorprendente con cui diminuiscono i dolori ossei in seguito all'atto operativo.

3.° La condizione particolare delle dipendenze uterine, quale venne riscontrata *de visu*, mediante la laparotomia in donne osteomalaciche; l'enorme ricchezza, cioè, di vasi venosi ed arteriosi ed ectasia dei medesimi.

4.° L'imponente fertilità delle donne osteomalaciche; la quale fertilità accennerebbe, secondo l'autore, ad una esaltata attività funzionale delle glandole sessuali.

***

La benefica influenza della castrazione messa così in rilievo dal Fehling, sebbene da principio suscitasse, come suole accadere allorquando del fatto empirico non si trova la ragione scientifica, una certa diffidenza, fu in seguito col sostegno indiscutibile dei fatti riconosciuta dai clinici più autorevoli.

La statistica completa presentata dal Truzzi (42) alla prima riunione della Società Ostetrica e Ginecologica Italiana, è tale da togliere ogni dubbio agli increduli più impenitenti dell'efficacia di questa operazione.

L'ostetrico e ginecologo di Parma, al quale indiscutibilmente spetta il merito di avere per il primo in Italia richiamato l'attenzione degli studiosi sull'importante argomento, arricchendolo di nuove ed interessanti monografie, il Truzzi, nella or ora citata Comunicazione, completando le statistiche sino allora apparse del Kummer (43) e del Winckel (44), ne riferiva una sua riguardante tutti i casi di osteomalacia curati con la castrazione sino al 1894.

Quanto all'esito immediato dell'operazione nell'attenuare le sofferenze delle osteomalaciche risulta, scriveva egli, che nelle 84 volte in cui all'intervento operativo seguì il successo chirurgico, il miglioramento dell'affezione ossea, ed il sollievo risentito dalle pazienti non tardarono per solito a verificarsi già in modo manifesto nelle prime giornate dopo l'atto operativo, e talora furono meravigliosamente pronti ad apparire già nelle prime ore dell'intervento.

Solamente in poche osservazioni, come la seconda di Fehling, quella di Sippel (45) e la terza di Truzzi, la scomparsa dei dolori si fece attendere assai tempo, nè ebbe a verificarsi in modo così brillante, come nelle altre congeneri. Finalmente in due soli casi, l'uno di Winckel, l'altro di Chrobak, l'esito, per ciò che si riferisce alla scomparsa più o meno sollecita dei dolori ossei, fu, si può dire, affatto negativo. Il caso di Schauta non è da prendersi in esame, essendosi questo operatore limitato alla salpingotomia, ed avendo la menstruazione continuato in seguito immutata.

Il Truzzi, seguendo il consiglio del Winckel, trascurando cioè, quei casi dei quali le notizie sull'esito definitivo datavano da meno di un anno, presentava il seguente riassunto, dal quale risulta che le guarigioni incomplete o mancate rappresentano il 20 per 100 dei casi, quando questi sono presi in esame ad un anno almeno di distanza dall'atto operativo; proporzione questa che, se è pur sempre inferiore a quella messa in rilievo dal Winckel, potrebbe, secondo lo stesso Professor Truzzi, forse ulteriormente migliorare, aggiungendosi alla castrazione ovarica anche quella uterina.

Guarigioni complete	Casi 36	Semplice miglioramento . . .	Casi 3
» quasi complete . .	» 4	Recidive persistenti	» 5
» consecutive a recid.	» 3	Insuccesso completo	» 1
	43		9

***

Allo scopo di investigare se, asportando insieme alle ovaie anche l'utero, potessero indursi nel metabolismo organico modificazioni ancora più favorevoli per la guarigione del processo osteomalacico, e per avvalorare con l'esperimento la proposta del Truzzi, in una cagna (Esperienza III) noi praticammo l'ovaro-isterectomia. Come rilevasi dalle Tabelle trascritte avanti, non constatammo modificazioni diverse da quelle già osservate con la semplice ovariectomia.

Nè in verità, abbiamo fatti clinici sufficienti per avvalorare il consiglio dell'ostetrico di Parma, che cioè *la castrazione utero-ovarica sia da preferirsi, nei casi in cui possa essere impunemente eseguita, alla semplice estirpazione degli annessi.*

Un tale e più radicale intervento sarebbe forse ancora meglio giustificato in quei casi, in cui l'utero si trova affetto da quella *macies,* riscontrata da Velits (46), Thorn (47) e Carle, e che secondo il primo autore devesi attribuire ad una degenerazione jalina delle arterie dell'utero e delle ovaie.

***

L'ipotesi geniale del Fehling però, se menò molto rumore e fece proseliti, non pochi furono coloro che la combatterono; tra questi oltre dello Zweifell e dello Schauta annoverasi lo stesso Truzzi.

Lo Zweifell ascriveva il miglioramento delle operate non alla rimozione delle ovaie in se stessa, ma semplicemente alla esclusa possibilità di nuovi concepimenti, unitamente alla migliorata alimentazione delle operate durante la loro degenza negli istituti, ed invocava la sterilizzazione delle donne dopo il taglio cesareo conservatore con un mezzo assai più semplice della castrazione, con la legatura cioè degli ovidutti.

Il Fehling però, contestava ogni valore alla proposta dello Zweifell, asserendo come in quei casi, nei quali l'osteomalacia aveva fatto progressi, malgrado non si fossero più verificate gravidanze da un lasso di tempo che variava dai 4 agli 8 anni, l'ovariectomia aveva dato buoni successi che dovevano quindi attribuirsi, non già alla sterilizzazione della donna, ma all'arresto del processo di ovulazione.

Lo Schauta, rilevando come in talune donne osteomalaciche la malattia presenta un peggioramento periodico, coincidente con la ricorrenza menstruale, ritiene che la guarigione dell'osteopatia si debba attribuire non alla soppressione di nuovi possibili concepimenti, come ammetterebbe lo Zweifell, nè alla mancanza del processo dell'ovulazione e delle altre vicende ovariche, come vorrebbe il Fehling, bensì semplicemente alla soppressione del fenomeno menstruazione. Con tale teoria egli spiega come la guarigione si possa avere sia con la demolizione delle ovaie, sia con quella del solo utero.

Il Truzzi ha fatto una minuta disamina delle varie teorie emesse sull'importante questione, venendo ad una conclusione che più di ogni altra si avvicina al vero. Piuttosto che definire l'osteomalacia una nevrosi riflessa, avente il suo punto d'origine nell'ovaio, egli si mostrava inclinato a credere che i risultati della castrazione si debbano soltanto all'influenza che la soppressione della vita sessuale può indurre sulla nutrizione dell'intero organismo.

Secondo lo stesso autore l'influenza neuro-trofica, avente la sua origine dal plesso ovarico per mezzo del sistema ganglionare, produrrebbe in modo pronto quelle modificazioni trofiche generali, che noi non conosciamo che in modo imperfetto e che costituiscono l'essenza del così detto *climaterio artificiale.*

***

Già il Raciborski aveva del resto, assegnato grande importanza all'influenza del sistema nervoso nella produzione dei fenomeni tro-

fici, che si osservano nella menopausa. L'innervazione del grande simpatico, privata di quell'importante sfogo che gli presentava periodicamente l'orgasmo ovarico, diffonderebbe, secondo il Raciborski, l'eccesso di sua forza sopra altre funzioni, le quali a loro volta, per la loro iperattività, verrebbero ad assicurare al sistema ganglionare il suo perfetto equilibrio. La donna si troverebbe quindi, nella menopausa in uno stato, che egli chiama, di *pletora nervosa.*

Ora secondo noi, la teoria di una secrezione interna delle ovaie spiega in modo più adeguato di quanto non faccia l'ipotesi del Raciborscki e del Truzzi i fenomeni trofici, che si osservano dopo l'ovariectomia e le modificazioni biochimiche dei vari periodi della vita sessuale della donna.

Senza dubbio, notevole è la connessione nervosa degli organi genitali col cervello, sia per mezzo della porzione lombare del midollo, al di sopra della quarta vertebra lombare, sia per i gangli del gran simpatico addominale.

L'utero e le ovaie possiedono una pleiade di gangli nervosi ed una rete ricchissima di nervi misti, derivanti dai plessi ipogastrici, sacrolombari, coccigei e femorali. Tutti questi plessi nervosi, per mezzo delle loro numerose anastomosi e ramificazioni, si trovano in rapporto con gli altri plessi e gangli del trisplancnico e per il loro intermezzo esercitano e ricevono un potente scambio d'influenza col cervello.

Malgrado però questa ricca connessione nervosa degli organi genitali, non è sempre agevole, o non ipotetico, lo ammettere che da essa soltanto dipendano le modificazioni del metabolismo organico da noi constatate dopo l'ablazione delle ovaie, quelle che precedono l'epoca della pubertà, e, come vuole il Silva (48), le altre che si notano nel periodo dell'attività sessuale.

Il Marro di Torino, in una interessante monografia richiamava l'attenzione sul periodo della pubertà nei suoi rapporti con l'antropologia, la fisiologia e la psichiatria (49).

Degne di considerazione sono le modificazioni osservate nei risultati dell'esame delle orine da questo egregio alienista prima dell'epoca della pubertà, in rapporto a quelli che si hanno durante la pubertà, quando cioè le glandole sessuali cominciano a funzionare.

Il Marro studiò la questione su ambo i sessi. Su due suoi figli, l'uno di anni 11 $^1/_2$, l'altro di 16, l'esame delle orine fece rilevare nel

primo una minore eliminazione di fosfati terrosi (fosfati di magnesio e di calce).

La media delle ricerche fatte nelle orine per 4 giorni consecutivi diede i seguenti risultati:

	Quantità	Densità	Azoto delle 24 ore	P^2O^5 totale	P^2O^5 eliminato con i sali terrosi	H^2SO^4 totale	H^2SO^4 eliminato
1.° ragazzo di 16 anni del peso di Kg. 54.4	1389	1.019	gr. 15.83	2.79	0.67	3.27	0.214
2.° ragazzo di anni 11 $^1/_2$ del peso di Kg. 26.6	1227	1.014	» 13.57	2.12	0.45	2.15	0.188

Da questo specchietto si rileva, come nel giovane di 16 anni, cioè al periodo quasi completo della pubertà, si ha un' eliminazione maggiore di fosfati combinati ai sali terrosi, mentre in quello di anni 11 $^1/_2$, che si avvicina alla pubertà, se ne ha una ritenzione maggiore.

Più soddisfacente è l' altra esperienza fatta su due sorelle, l' una di 13 anni e 6 mesi, l'altra di 18 anni e 8 mesi. La più giovane non ancora menstruata, trovavasi precisamente nel periodo di un rapido accrescimento; la sua statura, negli ultimi mesi, era aumentata notevolmente; la sorella maggiore era nel periodo della pubertà completa.

Le due sorelle, durante l'esperienza, furono sottoposte al medesimo regime nutritivo; l'esame delle orine delle 24 ore diede i seguenti risultati:

	Quantità	Densità	Urea	P^2O^5 totale	P^2O^5 combinato ai sali terrosi	Cloruri
1.ª ragazza anni 18 e $^3/_4$ . .	932	1.021	gr. 18.64	1.30	0.378	10.2
2.ª ragazza anni 13 e $^1/_2$ . .	975	1.018	» 14.14	0 98	0.230	9.7

Il rapporto dell' acido fosforico, combinato ai sali terrosi, comparato coll'acido fosforico totale eliminato dalla ragazza che aveva passato il periodo della pubertà si trova nelle proporzioni di 29 a 100;

nell'altra esso era ridotto al 23. La differenza è notevole, essendo state le due sorelle sottoposte alla medesima dieta.

La minore proporzione di fosfati calcarei, trovata nelle orine, deve essere quindi attribuita ad un assorbimento maggiore utilizzato dal sistema osseo in via di sviluppo tumultuario.

Lo stesso osservatore trovò che in un coniglio castrato le orine contenevano minore quantità di fosfati. Dal risultato di quella esperienza, si rileva che mentre l'urea ed i cloruri conservano una certa proporzione, l'acido fosforico combinato ai metalli ferrosi si riduce da principio ad $^1/_6$ e più tardi a meno di $^1/_3$ della quantità proporzionale, eliminati avanti l'atto operativo.

***

Certamente ammessa una secrezione interna delle ovaie, capace di favorire la ossidazione delle sostanze menzionate, nasce spontanea la domanda se analogo fenomeno per avventura non avvenga per le glandole sessuali dell'uomo.

Se noi attentamente consideriamo quella serie di modificazioni, che nell'organismo della donna e dell'uomo precedono il periodo della pubertà, vale a dire quando le glandole destinate alla procreazione sono per entrare in funzione, e quanto inoltre viene volgarmente osservato negli animali castrati a scopo di economia rurale, o infine negli eunuchi nati o artificialmente fatti, in quei paesi ove ancora esiste questo turpe costume, noi crediamo in verità, di avere tanta messe di fatti da essere lecito lo ammettere che una analoga secrezione interna debba avvenire da parte dei testicoli.

E sebbene queste modificazioni non siano perfettamente identiche nei due sessi, per cui esse variando danno luogo ai caratteri sessuali secondari, tuttavia le modificazioni generali che avvengono nel sistema osseo dell' uomo e della donna sono le stesse, nel senso che lo sviluppo di tutto lo scheletro si risveglia nel periodo della pubertà e l' accrescimento che prima di questo periodo seguiva un cammino regolare e progressivo, assume in quest' epoca un' energia insolita.

Quetelet (50) e Pagliani (51) dimostrarono, come verso il 13.° anno nella donna, ed il 15.° nell'uomo, la statura si allunga in una maniera straordinaria, in proporzione agli anni precedenti. Questo accrescimento

procede così per lo spazio di 2 anni, poi succede un periodo di riposo. In nessun' altra epoca della vita il corpo assume uno sviluppo così rapido; in nessun altro periodo della vita sessuale, *ad eccezione della età critica della donna,* si riscontrano più modificazioni degne di nota.

Se nella donna nell'epoca della pubertà il bacino diviene più largo nei suoi diametri trasversali, mentre nell' uomo sono i diametri verticali che prevalgono, questo fatto non infirma certamente l'influenza sullo scheletro in genere da noi attribuita alle glandole sessuali, ma esso deve piuttosto ricercarsi in un fenomeno ereditario, inerente alla speciale funzione della donna destinata a portare nel suo seno il prodotto del concepimento.

Inoltre, se consideriamo gli individui, ai quali furono tolte le glandole sessuali, si vede che se in essi fanno difetto i caratteri sessuali secondari, per cui i maschi si avvicinano al tipo femminile e le donne a quello del sesso opposto, un fatto però è costante a notarsi in entrambi i casi, cioè lo sviluppo considerevole delle ossa, e specialmente quelle della cassa toracica, del bacino, e degli arti inferiori.

Nei *Comptes Rendus de l'Académie des Sciences* (52) ultimamente M. A. Milne-Edwards presentava una nota di Lortet, residente al Cairo, « *Sull'allungamento degli arti inferiori dovuto alla castrazione.* »

Nelle strade della città di Cairo si nota un gran numero di eunuchi, impiegati come domestici presso ricche famiglie, la cui funzione specialmente consiste nel sorvegliare le donne racchiuse negli harems. Questi infelici presentano tutti una statura alta, che li fa facilmente riconoscere da lontano. Quando essi sono ancora fanciulli non differiscono dagli altri della stessa età, ma tosto che si avvicinano alla pubertà, raggiungono quasi tutti una statura, che spesso sorpassa i due metri.

Lortet afferma inoltre, che se si esamina attentamente lo scheletro di questi esseri, si vede che dall'allungamento esagerato degli arti inferiori dipende quasi interamente l'alta statura che essi hanno.

***

Questa influenza delle glandole sessuali sullo sviluppo scheletrico ci è inoltre dimostrata da un fatto per quanto comune, nullameno di molto interesse, che l'osservazione volgare ci dà campo di fare.

Allorquando vengono castrati i giovani galli, il primo fenomeno in essi a rilevarsi, prima ancora del loro ingrassamento, si è lo sviluppo considerevole che si nota nello scheletro di questi volatili, specialmente nelle ossa delle gambe, per cui ben presto essi emergono, per la loro statura dal livello dei loro compagni, assumendo un aspetto ed un incedere caratteristico. Si è dopo che la castrazione ha reso manifesti i suoi effetti sullo scheletro, che comincia a notarsi il fenomeno dell' adiposi.

Caratteristica altresì è la linea segnata dalla colonna vertebrale del bue, che per l'allungamento degli arti posteriori e del bacino segue una direzione discendente verso la testa dell' animale, mentre che il fatto opposto si osserva nel toro.

Un altro fatto infine che depone in favore della nostra teoria si è l' osservazione tanto frequente a farsi, da noi ostetrici specialmente, che cioè la maggior parte delle donne sterili sono alte e giunoniche, mentre altre di mediocre statura hanno spesso una prolificità sorprendente.

Già il Mojon nella sua dissertazione « *Sugli effetti della castratura nel corpo umano* » aveva rilevato questo sviluppo esagerato dello scheletro dopo la castrazione, ed egli cercava spiegare il fatto che soltanto il cranio non ne era influenzato, ammettendo che le ossa che lo costituiscono, in condizioni normali raggiungono più presto delle altre il loro sviluppo completo. Ne consegue quindi, che all'epoca nella quale si pratica la castrazione le ossa del cranio di già indurite, non possono più modificarsi, mentre le altre, ancora molli, conservano più lungamente il loro potere di svilupparsi.

***

Si è visto innanzi come noi abbiamo spiegato il meccanismo di guarigione dell'osteomalacia con quelle modificazioni del metabolismo organico, che i fatti sperimentali ci fecero constatare avvenire a carico del tessuto scheletrico dopo l'ovariectomia; modificazioni del ricambio che da sole sono certamente capaci di ridare allo scheletro la sua normale solidità.

Infatti, noi non crediamo, giova ripeterlo, di possedere nello stato attuale sufficienti fatti anatomo-patologici, da essere autorizzati a ri-

porre in modo assoluto nelle ovaie la causa del processo morboso. Nè le ragioni messe avanti dal Fehling, in sostegno della sua teoria, sono tali da convincere senz' altro ad ammetterla.

Il peggioramento della malattia durante il catamenio non implica che nelle glandole sessuali debba risiedere il momento etiologico della osteopatia, perchè questo peggioramento è ugualmente o meglio spiegato, ammettendo, come noi facciamo, nelle ovaie il potere d'immettere nel sangue una sostanza chimica, capace di favorire le ossidazioni delle sostanze organiche fosforate, e sarebbe lecito il ritenere che durante il periodo catameniale, per il maggiore afflusso di sangue e per il maggior lavorìo inerente al processo di ovulazione, più manifesta debba farsi l' attività secretiva di queste glandule, senza perciò la necessità di ritenerle sede della malattia.

Nè la particolare condizione delle dipendenze uterine, quale venne talvolta riscontrata dall'ostetrico e ginecologo di Halle, ma negata dall' Hofmeier, dal Truzzi e da altri, consistente in uno stato di lieve edema con ectasia dei plessi venosi ed arteriosi, è alterazione tanto profonda o tanto rara a riscontrarsi da ammetterla come la causa dell' osteomalacia.

Nè, infine, l' imponente fertilità delle donne osteomalaciche sarebbe ragione più valida delle precedenti; perchè piuttosto che essere questo l' effetto della esaltata funzionalità ovarica, potrebbe invece costituire una causa concomitante, onde per il soverchio indebolimento dell' organismo, a cagione delle ripetute gestazioni si avrebbero in esso condizioni più propizie per lo sviluppo del morbo.

È noto del resto, come non sono rari i casi di osteomalacia nelle nullipare. Nella statistica del Litzmann esse figurano in numero di 35 su 120, in quella di Collineau di 14 su 43, nell'altra di Durham si hanno 41 casi su 132 ed in questi l'osteomalacia non aveva colpito donne nè gravide, nè puerpere.

Infine, il fatto che l'osteomalacia produce le alterazioni più spiccate nelle ossa del bacino, non si deve necessariamente spiegarlo alla maniera del Fehling o del Calderini (53), come un effetto cioè, dell'origine ovarica della malattia, ma è lecito il pensare che nelle ossa del bacino, essendo l'azione del peso del tronco e la controspinta dei trocanteri più direttamente manifesta, maggiore naturalmente debba essere la deformazione finale.

***

Dal fin qui detto chiaramente risulta, che se con la dottrina della secrezione interna delle ovaie abbiamo dato la spiegazione di un fenomeno clinico fin oggi avvolto dalle più fitte tenebre e fondato su ipotesi, sarebbe, d'altro canto, precipitato per il momento venire ad una conclusione più larga, per quanto seducente essa possa sembrare.

Se le ovaie infatti, possiedono questo speciale potere di versare continuamente nel sangue un secreto d'ignota natura, capace di accelerare la ossidazione delle sostanze fosforate, logico sarebbe lo ammettere che per una iperattività funzionale delle medesime, aumentandosi la perdita dei fosfati terrosi costituenti in massima parte le ossa, debba aversi la produzione dell'osteomalacia.

Il ragionamento ha senza dubbio tutte le attrattive della verità, nè del resto la nostra unica esperienza praticata allo scopo di produrre con molteplici e forti iniezioni di succo ovarico l'osteomalacia sperimentale, sol perchè essa riuscì negativa, potrebbe autorizzarci a non accettarla. Ma egli è, che la distribuzione geografica della malattia fa piuttosto pensare, giova ripeterlo, ad un'origine microbica, a condizioni telluriche speciali od infine ad altre influenze ancora con i nostri mezzi d'indagine rimaste ignorate.

In Italia l'Agro Milanese e quello Torinese portano il primato, ed anche nel Veneto sono relativamente frequenti i casi di osteomalacia. Abbastanza rari sono invece nell'Italia meridionale e nella Sicilia.

Nell'Agro Romano e suoi dintorni sembra che la malattia non debba essere così rara a riscontrarsi, come prima si credeva, non essendo forse allora diagnosticata. Ci sembra però, che in questi ultimi tempi si sia voluto esagerare la frequenza dell'osteomalacia nell'Agro Romano ed il sospetto sorge alla mente che in talune inferme diagnosticate per osteomalaciche non siasi realmente trattato della speciale forma morbosa (*).

(*) In verità se nell'Agro Romano l'osteomalacia è malattia così frequente ad osservarsi come dovrebbe desumersi dai numerosi casi diagnosticati in questi ultimi tempi negli Ospedali di Roma, nasce spontanea la domanda: come mai siano d'altro lato rari i casi di osteomalacia tipica con quelle caratteristiche deformazioni del bacino a becco di lucerna, o a cappello di prete, che ho avuto occasione di osservare spesso durante la mia frequenza nella Maternità di Milano diretta dal Prof. Porro? Io dubito che alcune di queste donne diagnosticate per osteomalaciche e guarite miracolosamente, come si afferma, dopo una o due inalazioni di cloroformio, non fossero affette dall'osteomalacia. G. E. Curàtulo.

L'osteomalacia è malattia molto frequente a Vienna ed il Latzko ebbe ad osservarne 19 casi in 21 mesi. Dalle città della Svizzera (Zurigo, Rerna, specialmente Basilea), dalla Valle del Neckar, del Meno, del Lahn, del Ruhr, dalle città del medio Reno ecc., si hanno numerose osservazioni sull'osteomalacia. Sommeiller di Strasburgo afferma essere questa malattia più frequente sul Reno e nell'Alsazia. Pagensteker dice che essa non è rara in Elberfeld e dintorni, ma specialmente nella città. Winckel afferma essere l'osteomalacia in Gummersbach non meno frequente che nell'Agro milanese. Frequente è, secondo il Kehrer, nella città di Eidelberg; ma ancora di più nella Fiandra orientale.

L'osteomalacia infine, sembra osservarsi molto raramente nel piano della Germania del Nord, specialmente nel Brandeburgo ed in Sassonia. Anche in Francia, in Ungheria ed in Russia sarebbe rara. Esenti quasi del tutto ne sono l'America del Nord e l'Inghilterra (*).

Una distribuzione geografica della malattia così differente come è quella or ora accennata, male spiegherebbe l'origine dell'osteomalacia, ammettendola come un effetto della iperattività ovarica; più logico sarebbe invece il ritenere questa, come causa concomitante di altre risiedenti forse nelle condizioni telluriche speciali di quei luoghi, ove la malattia è frequente.

***

Un'altra malattia poi, del tessuto scheletrico, che sembra essere legata ad alterazioni degli organi genitali e che deporrebbe ancor'essa in favore dell'influenza che hanno le glandole sessuali sullo scheletro, è l'acromegalia.

È noto, come questa malattia si manifesta con uno sviluppo considerevole delle ossa della faccia e delle estremità superiori ed inferiori. In un caso osservato dal Marro, l'inizio della malattia si fu la cefalea *preceduta da una forte metrorragia.*

Questo caso si presentava all'osservazione dell'egregio collega di Torino nel momento in cui egli studiava le modificazioni, che possono

(*) Norman Bridge, professore di Medicina Interna nell'Università di Chicago, mi diceva che in più di 25 anni di esercizio ha avuto occasione di osservare un solo caso di osteomalacia.

G. E. Curàtulo.

sopravvenire nello scheletro durante l'epoca della pubertà: « Io fui colpito, dice il Marro, dal fatto che, come durante questo periodo della vita, le modificazioni di sviluppo sorgono in pari tempo che il risveglio dell'attività generatrice, così anche il fenomeno, quasi analogo, che si presentava nello scheletro della mia cliente, *era stato preceduto da un periodo di irritazione anormale degli organi sessuali, rilevata dall'abbondante metrorragia, che aveva preceduto la comparsa dei sintomi e che fu seguita dalla soppressione della menstruazione* » (54).

Questo fenomeno era già stato rivelato da Marie, che si è principalmente occupato di questa malattia ed in seguito anche dal suo allievo Souza-Leite. Quest'ultimo fra i sintomi dell'acromegalia menziona la diminuzione degli appetiti venerei, seguita dall'amenorrea e dall'ipertrofia della clitoride, delle grandi e piccole labbra nella donna, e dall'impotenza con ipertrofia od atrofia degli organi genitali nell'uomo (55).

Tamburini comunicò al Congresso Internazionale di Roma, un caso di acromegalia in una donna, nella quale si era pure constatata la soppressione della menstruazione (56).

Tanzi riferisce la storia di due casi di acromegalia in uomini divenuti tutti e due impotenti (57), e Freund mette in relazione la malattia con i disordini dello sviluppo della pubertà e più tardi delle funzioni genitali.

Il Marro afferma esistere un nesso tra questi fatti morbosi ed il fatto fisiologico. Nei due casi lo sviluppo esagerato del sistema osseo avrebbe avuto luogo in un'epoca, in cui si può ammettere un certo grado d'irritazione dei nervi, che partono dagli organi genitali; questa irritazione sarebbe fisiologica nel periodo della pubertà, patologica nella malattia di Marie. Egli, a questo proposito, cita l'opinione di un osservatore assai acuto, il Professor Tanzi, secondo il quale il primo sviluppo dell'epoca pubere presenta le stesse condizioni, che si notano nell'acromegalia. In principio della pubertà le estremità acquistano un maggiore sviluppo; i piedi e le mani dei ragazzi e delle giovinette hanno un aspetto poco grazioso, che però cessa allorchè i muscoli delle estremità ed il tessuto grassoso hanno raggiunto il loro completo sviluppo e dato alle altre parti del corpo le loro proporzioni normali e conseguentemente quella grazia e quella bellezza che loro prima mancava.

È da augurarsi che nuovi fatti vengano messi avanti, non tanto

per far ammettere l'intima relazione che esiste tra glandole sessuali e scheletro, perchè secondo noi si ha abbastanza messe di fatti clinici e sperimentali per ritenerla indubitata, ma perchè possa, come afferma Amand Routh (*) con maggiore fondamento scientifico riporsi solo nelle ovaie il momento etiologico delle lesioni scheletriche delle malattie, delle quali abbiamo fatto menzione.

Forse non è lontano il giorno in cui realmente potrà parlarsi di una esaltata funzionalità ovarica, come causa dell'osteomalacia; ma per iperfunzionalità ovarica non potrà mai intendersi quello stato speciale, ipotetico, messo avanti dal Fehling, inducente, secondo che più piaccia, paralisi od eccitamento dei nervi, che presiedono alla circolazione del midollo delle ossa, sibbene *una iperfunzionalità nel senso di una ipersecrezione di queste glandole,* le quali noi abbiamo dimostrato possedere, come tutte le altre glandole, una speciale secrezione interna.

***

A maggior sostegno di una nuova dottrina tendente ad ammettere una secrezione interna delle ovaie, è prezzo dell'opera il richiamare tutta quella serie di condizioni fisiologiche, che precedono ed accompagnano la donna nella sua attività sessuale e dopo che questa si è spenta.

Studieremo quindi le modificazioni del ricambio organico della donna prima della pubertà, nell'epoca menstruale o della sua attività sessuale e quelle infine, inerenti alla cessazione della funzionalità ovarica o della menopausa.

La legge di Stevenson sulla menstruazione e sulla quale lo scorso anno richiamava l'attenzione l'illustre Professore Mangiagalli con una conferenza tenuta alla Società Medica Lombarda (58), e che altro non è, se non la periodicità della energia delle funzioni dell'organismo muliebre durante il periodo della sua attività sessuale, si manifesta con modificazioni periodiche del ricambio materiale.

Nella menstruazione, dice il Clinico di Pavia, noi dobbiamo scor-

---

(*) Vedi la discussione avuta luogo in seno all'*Obstetrical Society* di Londra, il 1.° Gennaio di quest'anno dopo la lettura della nostra comunicazione, discussione alla quale presero parte Amand Routh, Griffith, Bland Sutton e Duncan (*British Med. Journ.*, 11 Genn. 1896).

gere un vero processo ciclico o meglio ondulatorio, molto più lungo e molto più complesso di quello apparente. Come nel sonno e nella veglia noi abbiamo un periodo di riposo e di attività, a cui corrispondono determinate modificazioni della pressione sanguigna e dell'afflusso di sangue sui centri nervosi, noi abbiamo, secondo Johnston e Goodmann, eguale *onda* nell'organismo muliebre nel periodo della sua attività sessuale, con la differenza che essa si svolge in un ciclo di 28 giorni, anzichè di 24 ore. In tale ciclo noi abbiamo una vera curva della pressione sanguigna e dello scambio organico.

In altri termini, come con una figura molto felice si esprime il Mangiagalli, noi abbiamo nell'organismo della donna un'alta e bassa marea sempre rinnovantesi. L'acme della pressione corrisponde al momento in cui sta per incominciare il flusso menstruale, mentre la depressione maggiore si ha subito dopo la sua cessazione. Vi ha quindi, un tracciato basso per circa tre settimane, che non si eleva in modo apprezzabile che al principio della quarta settimana, finchè raggiunto il massimo grado, i vasi uterini si rompono, preparati alla rottura da probabili modificazioni anatomiche.

Le osservazioni di Rein, di Repreff, di Goodmann, di Jacoby, di Rabuteau, del Mangiagalli, del Dmitri de Ott di Pietroburgo ed altri concordano nell'ammettere al principio della quarta settimana un aumento nello scambio organico, manifestantesi con maggiori ossidazioni; ma queste però non riguardano l'azoto. Così il Potthast (59), dalle esperienze fatte sugli animali nell'epoca della fregola, non ebbe a notare modificazioni sull'eliminazione dell'azoto. Questo fatto si accorda con quanto avemmo a constatare nelle nostre ricerche, le quali rivelarono la nessuna influenza della secrezione ovarica sulle sostanze azotate. Le ricerche dei menzionati autori poi non ebbero di mira di dosare soltanto le ceneri dell'aumentato processo di ossidazione, ma alcuni, come il Mangiagalli ed Ott, intrapresero ricerche sulla pressione sanguigna, sulla forza muscolare, sulla temperatura, sul calorico raggiante, sulla capacità polmonare, sulla forza d'inspirazione, sul tempo di reazione dei riflessi tendinei, confermando così sempre più la legge di Stevenson.

Ora, se un aumento di ossidazioni si ha verso la quarta settimana, epoca cioè in cui maggiore è l'afflusso di sangue all'ovaio e più attivo si fa il lavorìo entro di esso per la maturazione e deiscenza del folli-

colo di Graaf, non è lecito il supporre che anche in questo periodo l'attività secretiva di questa glandola debba farsi più manifesta, onde versandosi nel torrente circolatorio una maggior quantità del suo prodotto capace di favorire le ossidazioni, si abbiano poi quelle modificazioni del metabolismo di già menzionate?

Riguardo all'epoca della pubertà, le ricerche fatte dal Marro e specialmente quelle di Dmitri de Ott nelle ragazze dagli 8 ai 13 anni, e riguardo alla menopausa, quelle fatte da quest'ultimo autore nelle donne mature, confermano ancora una volta, come le oscillazioni dello scambio organico sono proprie del periodo dell'attività genitale, vale a dire che esse esistono in quanto le glandole sessuali funzionano, mancano quando esse sono ancora silenziose, come prima dell'epoca pubere, e cessano infine, allorchè termina la loro missione e si atrofizzano, come nella menopausa.

Le alterazioni anatomiche, le lesioni patologiche, i disturbi funzionali che sono propri della menopausa si possono, secondo il Mangiagalli, dividere in due grandi gruppi, uno in rapporto con un disordinato ed incomposto compiersi di quelle modificazioni fisiologiche, per cui cessa l'accennata legge di periodicità dell'energia delle funzioni organiche, l'altro comprende quelle affezioni, delle quali alcune più o meno direttamente sono determinate dall'atrofia degli organi genitali ed altre sono costituite dai tumori maligni o benigni dell'utero.

***

Ora l'ammettere una funzione secretiva nelle ovaie non è di lieve interesse per l'esplicazione di quella serie di fenomeni che accompagnano l'epoca critica e già Freeland Barbour, Presidente dell'*Edinburgh Obstetrical Society*, dopo aver comunicato in quel dotto consesso la nostra nota preliminare, si compiacque rilevarne l'importanza specialmente da questo punto di vista (*) (60).

(*) Agli illustri Professori Barbour e Simpson, che mi onorano della loro amicizia, rendo qui grazie distinte, perchè vollero entrambi rilevare l'importanza di queste nostre ricerche e per avere il primo di essi letto in mia vece all'*Edinburgh Obstetrical Society*, l'8 Maggio dello scorso anno, la nostra nota preliminare; ringrazio parimenti il dott. Griffith per averla comunicata all'*Obstetrical Society* di Londra.

G. E. Curàtulo.

Il fenomeno dell'adiposi tanto frequente a riscontrarsi nella menopausa è spiegato dalla mancata secrezione ovarica, la quale, come dimostrammo, favorisce la ossidazione dei grassi e degli idrati di carbonio; onde venendo essa a mancare si avrà un accumulo di grassi nei tessuti.

Non meno importante è poi il considerare lo sviluppo del carcinoma in un'epoca in cui le ovaie cessano dal funzionare.

È antica l'idea che l'età climaterica costituisce una condizione favorevole per lo sviluppo di questa neoplasia. La maggiore frequenza del carcinoma uterino verso il cinquantesimo anno di età, indicata già da Bayle, fu confermata dalle statistiche dello Scanzoni, di Lebert, di Simpson, di Säxinger e di Gusserow (*).

La statistica molto numerosa pubblicata dal Mangiagalli la metterebbe fuori dubbio; da essa si vede un aumento continuo del metrocarcinoma sino a raggiungere il *maximum* tra i 40 ed i 50 anni, epoca cioè in cui più frequentemente avviene la menopausa. Da questa età in poi si ha una diminuzione parimenti progressiva. Così in questi ultimi cinque anni entrarono nel Comparto Ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano 400 casi di carcinoma uterino, che per l'età delle pazienti sono così divisi:

dai	20	ai	30	anni	. . . . .	N.	15
»	30	»	40	»	. . . . .	»	86
»	40	»	50	»	. . . . .	»	157
»	50	»	60	»	. . . . .	»	97
»	60	»	70	»	. . . . .	»	37
»	70	»	80	»	. . . . .	»	8

Il Prof. Simpson dopo la lettura fatta dal Barbour della nostra nota preliminare alla Società Ostetrica di Edimburgo, volle rilevare con parole cortesi l'importanza di essa, non solo riguardo alla relazione esistente tra ovariectomia ed osteomalacia, ma eziandio riguardo

---

(*) In una mia memoria dal titolo: « *Sulla cura palliativa del cancro dell'utero inoperabile col cloruro di zinco, ecc.* » *Morgagni*, Nov. 1889, pubblicai una statistica delle inferme affette da metro-carcinoma, allora degenti nel Comparto diretto dal prof. Mangiagalli, quando ero suo assistente volontario, dalla quale pure risulta la maggior frequenza della malattia tra il 45.° e il 55.° anno. G. E. CURÀTULO.

alla possibile secrezione dalle ovaie di un *quid*, che fosse capace di modificare il metabolismo organico.

L'illustre ostetrico di Edimburgo aveva infatti pubblicato, nel volume dell'*Edinburgh Hospital Reports* del 1894, uno scritto tendente ad illustrare con casi clinici, l'influenza della doppia ovariectomia sullo sviluppo del carcinoma. La proporzione delle donne morte per cancro dopo quest'atto operativo è considerevole, specialmente, egli dice, dopo che tutte e due le ovaie sono state rimosse.

Uno studio statistico di Sir Spencer Wells dimostrò che le inferme, le quali erano state operate di ovariotomia, vanno soggette al cancro almeno 6 volte più di quelle che non lo furono, e che nei casi in cui il cancro sopravveniva, la doppia ovariotomia era stata praticata nella proporzione del 19 0[0, mentre nelle inferme che ne erano esenti, l'atto operativo menzionato era stato eseguito nella proporzione soltanto del 7 ½ 0[0 dei casi.

È possibile, afferma il Simpson, che le inferme affette da cistomi ovarici posseggano una diatesi cancerosa, o che alcuni elementi epiteliali, lasciati durante l'operazione, possano essere il punto di partenza della neoplasia maligna. Ma la nostra comunicazione sull'influenza dell'ablazione delle ovaie sul metabolismo organico, confermava nell'illustre uomo l'opinione da lui emessa nel cennato suo scritto, che cioè la tendenza allo sviluppo del cancro in queste donne potesse essere dovuta alla assenza nell'organismo di una eventuale secrezione ovarica interna.

Nella discussione seguita alla nostra comunicazione in seno alla stessa Società Ostetrica l'8 Maggio 1895, il dottor Felkin notava di avere osservato vari casi di donne operate di asportazione delle ovaie, nelle quali le numerose sofferenze psichiche, sopravvenienti ad ogni mese, erano state alleviate con la somministrazione di estratto ovarico.

Il dott. Buist di Dundee, in conferma della teoria di una secrezione interna delle ovaie, asseriva di avere osservato che le donne dopo la ovariectomia vanno più frequentemente soggette alle artriti reumatiche. Un altro punto sul quale egli richiamava l'attenzione era la sostituzione della secrezione interna di una glandola a quella di un'altra. In sostegno di questa idea il Buist citava un caso di obesità climaterica *(climateric obesity)* da lui curato con l'estratto tiroideo; la donna de-

crebbe di 56 libbre nello spazio di sei mesi, senza che nessun altro trattamento fosse stato usato.

Nel *Traité d'Histothérapie* del dott. Bra (61) si legge come il Régis (62) curasse con successo i disturbi nervosi consecutivi all'ovariectomia, iniettando del liquido ovarico e Clément (63) riuscì a guarire col liquido ovarico al decimo, una contrattura isterica in una ragazza; guarigione però che può e giustamente essere addebitata alla suggestione.

Il Chrobak, in un lavoro comparso nel *Centralbl. für Gynaekologie* di quest'anno, ha rilevato come un gran numero di donne operate di estirpazione delle ovaie vanno soggette a disturbi molto più numerosi, che quelle in cui, rimosso l'utero, furono conservati una o entrambe l'ovaie. Questo distinto ostetrico e ginecologico ritenendo tali disturbi essere dovuti al climaterio artificiale in seguito alla castrazione, nelle miomotomie successive ha lasciato sempre in sito un po' di tessuto ovarico. Inoltre, per rimediare ai disturbi funzionali nelle operate di estirpazione delle ovaie, ha cercato di somministrare internamente sostanza ovarica, o di trapiantare tessuto ovarico fresco in altro punto del corpo, incaricando a tal uopo il dott. Knauer di intraprendere esperimenti sugli animali.

Riguardo alla somministrazione interna di tessuto ovarico, il Chrobak in un primo caso si servì di ovaie di vitella finamente tagliuzzate ed amministrate alla dose di gr. 1-2 per giorno; il risultato però fu poco incoraggiante.

Per ottenere preparati più efficaci e di più facile dosaggio e di somministrazione, usò ovaie di vacca lavate con etere ed alcool, disseccate a temperature di 45-50°, polverizzate in modo da formare pastiglie contenenti ognuna grammi 0,20 di tessuto ovarico.

Il Chrobak somministrò giornalmente 2-4 pastiglie a sette ammalate ed ottenne risultati soddisfacenti.

***

La questione messa avanti dal Simpson è senza dubbio della più alta importanza.

In verità, il frequente occorrere del carcinoma dopo il *climaterio artificiale* potrebbe attribuirsi ad una semplice coincidenza, se il fatto non trovasse una perfetta analogia con quanto avviene nel *climaterio*

naturale, nel quale, come abbiamo visto con le statistiche alla mano, la frequenza del cancro è grandissima, in proporzione a quella delle altre epoche della vita della donna. Qualche cosa di abnorme deve adunque prodursi nell'organismo muliebre dopo l'ovariectomia, per cui si abbia una particolare disposizione allo sviluppo della neoplasia epiteliale.

Ora, se le ulteriori statistiche confermeranno questo fatto, non è lecito il pensare che esso possa dipendere dalla mancata immissione nel sangue di un prodotto secretivo delle ovaie, le quali nell'un caso, perchè rimosse, nell'altro, perchè atrofiche, più non funzionano?

Purtroppo ancora noi non conosciamo la costituzione chimica di questi prodotti secretivi, che come dimostrarono gli studi del Brown-Séquard e del D'Arsonval, vengono continuamente versati nel torrente circolatorio, non solo dalle glandole chiuse od aperte, ma da tutti i tessuti. Se però non possiamo conoscere la loro azione sui vari tessuti, le ricerche dei menzionati autori chiaramente rivelarono come ciascun tessuto, o in modo più generale, ciascuna cellula dell'organismo, segreca per suo proprio conto dei fermenti speciali che, versati nel sangue, vengono ad influenzare tutte le altre cellule (64).

Brown-Séquard affermava che la secrezione è funzione comune a tutti i tessuti e ne dava le prove nella secrezione dei materiali formatori dell'osso da parte del periostio, del nervo da parte del moncone centrale di un cordone nervoso sezionato ed in via di rigenerazione, del cristallino dalla sua membrana d'inviluppo ed infine della placenta da parte dell'ovulo e della mucosa uterina.

D'Arsonval ha dimostrato l'azione secretiva di alcune cellule nella ricostituzione del sangue dopo le emorragie, e delle pareti dei capillari, facenti nell'ematosi funzione di glandole a secrezione interna (65).

Vi è dunque una solidarietà tra i diversi elementi anatomici e le cellule dell'economia. Questi esercitano, gli uni sugli altri, un'influenza reciproca per mezzo di un meccanismo differente e forse anche indipendente dall'azione del sistema nervoso (66).

***

Già è noto che nel 1878 Schreiner scoprì nello sperma i cristalli che Charcot aveva osservato nel sangue dei leucocitemici e potè estrarne

una base, *la spermina,* alla quale assegnò la formola C^2. H^5. Az, che Abel e Landenburg supposero fosse analoga all'etilenimina.

In seguito il Poehl, Professore di chimica nell'Università di Pietroburgo, rinvenne nel liquido testicolare — insieme agli albuminoidi, alla lecitina, alla nucleina, ed a numerose leucomaine, diffuse dovunque nelle glandole — una sensibilissima proporzione di spermina e si convinse che essa è il principio attivo del succo testicolare.

Egli dimostrò inoltre, come la spermina determina *un acceleramento delle ossidazioni tanto delle sostanze organiche, quanto delle inorganiche.* Così mentre un poco di cloridrato di spermina, addizionato al sangue molto diluito ed anche già putrefatto, ossida rapidamente all'aria la tintura di guajacolo, che si fa bleu come con l'acqua ossigenata, dall'altro lato essa favorisce col suo contatto l'ossidazione rapida del magnesio a spese della decomposizione dell'acqua.

Questa proprietà d'indurre con la sua presenza le ossidazioni, spiegherebbe i felici risultati ottenuti dall'uso di questa sostanza negli individui sottoposti all'azione del cloroformio, sostanza che sopprime le ossidazioni.

Esistendo quindi un'analogia tra secrezione testicolare e secrezione ovarica, come lo confermano le menzionate ricerche sulla spermina, comune essendo ad entrambi questi prodotti secretivi il potere ossidante, è agevole il rendersi ragione della passeggera, efficace influenza, che, come a suo tempo vedremo, venne osservata in qualche caso di osteomalacia dall'uso del cloralio e della cloronarcosi. Venendo questi farmaci a diminuire il potere ossidante del sangue, e conseguentemente quello che ha il prodotto secretivo delle ovaie sulle sostanze fosforate, potrà aversi un momentaneo sollievo nelle sofferenze delle inferme.

Per quanto concerne le ovaie è certo però, che l'azione del loro secreto non possa essere soltanto quello da noi rilevato, di favorire cioè l'ossidazione delle sostanze organiche fosforate, degli idrati di carbonio e dei grassi. Altre particolari influenze esso deve esercitare, specialmente sul sistema nervoso, influenze che se, come l'arrestato sviluppo del laringe o la debolezza psichica consecutiva alla castrazione, con i mezzi attuali d'investigazione non possiamo spiegarci, ci è lecito però l'intuirle dalla minuta disamina dei fatti, che cadono sotto la nostra osservazione.

Anche gli antichi, del resto, avevano notato una particolare dispo-

sizione a talune malattie organiche dopo la castrazione. Ciò essi attribuivano ad una mancata tonicità del cuore e dei vasi e specialmente del sistema linfatico, ed è noto come Aristotile paragonasse l'uso delle glandole sessuali dell'uomo a quello dei pesi che le tessitrici sospendono ai fili dei loro telai: « *Quod talem ejusmodi utilitatem vasis exhibent, qualem lapides appensis ad foeminarum telas.* »

È da augurarsi intanto, che moltiplicando le ricerche, perfezionati i mezzi d'indagine, e conosciuta la costituzione chimica di questo *quid* segregato dalle ovaie, si possa meglio studiare l'influenza da esso esercitata sui vari tessuti e specialmente su quello epiteliale in rapporto allo sviluppo del cancro, sul quale il Simpson, basandosi su dati statistici suoi e dello Spencer Vells, richiamava l'attenzione.

***

Una particolarità inoltre, messa in evidenza dalle nostre ricerche, che in sulle prime c'impressionò, perchè contraria a quanto noi supponevamo, si è il non aver constatato, dopo l'ablazione delle ovaie, alcuna diminuzione nella eliminazione dell'azoto, diversamente di quanto avviene per i fosfati e per l'acido carbonico.

Il fenomeno in verità, non è privo d'interesse, in quanto esso rivela che l'attività bio-chimica del tessuto muscolare non è aumentata. Ciò è del resto in perfetto accordo con quanto viene volgarmente osservato dopo l'asportazione delle glandole sessuali; per cui se si ha un notevole sviluppo del tessuto osseo ed adiposo, lo stesso non può dirsi avvenire pel tessuto muscolare, che nulla guadagna nella sua energia trofico-plastica.

« Au lieu des formes toreuses, musclées de l'homme parfait, l'éunuque, » scriveva Adelon, « doit avoir des formes arrondies... Il y a mollesse, pâleur, flaccidité des chairs, prédominance du système lymphatique... Empâté, chargé d'embonpoint, il a le ventre mou et relaché, les cuisses grosses, les jambes gonflées et toutes les articulations comme bourrées. »

Le recenti ricerche del Polimanti e Sapelli (67) *Sul ricambio materiale della gravidanza*, indirettamente confermano il fatto or ora menzionato, della nessuna influenza della secrezione ovarica sulla ossidazione delle sostanze azotate ed avvalorano la teoria da noi formulata.

Il contributo che essi apportano è tanto più importante, in quanto si sono valsi come materiale di esperimento, non degli animali, ma delle donne.

Dall'esame delle loro Tabelle risulta chiaramente come l'azoto, eliminato per le urine durante la gravidanza, subisca una notevole diminuzione.

Questa diminuzione va gradatamente accentuandosi dal 5.° al 9.° mese della gestazione. Lo stesso fatto si verifica per la eliminazione del cloro, *mentre il fosforo si comporterebbe in un modo perfettamente opposto, notandosi un progressivo aumento nella sua eliminazione, man mano che la gravidanza si avvicina al suo termine.*

I suddetti osservatori trovano giustamente in accordo i risultati delle loro ricerche con le conclusioni che Oddi e Vicarelli (68) trassero dal loro studio: *Sullo scambio respiratorio durante la gravidanza.* Questi trovarono nel *Mus-Musculus che la gravidanza è caratterizzata dal consumo degli idrati di carbonio con il massimo risparmio delle sostanze azotate.*

Il Polimanti e Sapelli non trovano però, facile l'interpretazione dell'aumento nella eliminazione del fosforo.

***

Noi crediamo di trovare in queste ricerche la migliore conferma della nostra teoria e come per essa sia facile la interpretazione del fatto constatato dai colleghi di Genova.

Non è mestieri tener presente tutta quella serie di modificazioni, che avvengono nell'apparato genitale e particolarmente nell'utero e nei suoi annessi, durante la gestazione, nè il luogo di enumerarle minutamente; ci basterà soltanto di richiamare alla memoria, come è enorme l'afflusso di sangue che durante questo periodo si nota negli organi contenuti nella piccola pelvi, e come ad esso precipuamente si debbano attribuire le modificazioni dell'utero e dei suoi annessi.

Chi ha aperto la cavità addominale di una gestante per praticare, ad esempio, la cesarea, sarà stato colpito dall'enorme sviluppo dei vasi uterini e dei plessi utero-ovarici. Ora, è legge fisiologica che quanto maggiore è l'afflusso di sangue in un dato organo, tanto più attiva è la sua funzione ed è logico il ritenere che, come se ne ha una prova

nelle glandole del canale cervicale e nell'aumento del secreto vaginale durante la gravidanza, lo stesso debba verificarsi per le ovaie, onde maggiore sarà la quantità del loro prodotto secretivo immesso nel sangue.

E poichè questo prodotto secretivo è capace di favorire la ossidazione delle sostanze organiche fosforate e degli idrati di carbonio, *ma non delle sostanze azotate,* ne viene di conseguenza che maggiore deve essere la eliminazione del fosforo e degli idrati di carbonio, mentre il massimo risparmio si avrà per le sostanze azotate, le quali molto probabilmente verranno utilizzate dal feto in via di sviluppo.

È logico altresì, che questo aumento del fosforo e degli idrati di carbonio debba andare vieppiù crescendo col progredire della gravidanza; perchè quanto più questa è inoltrata, tanto maggiore si va facendo l'afflusso di sangue nell'utero e nelle sue dipendenze.

Questo fatto inoltre, ci spiega, sia detto per incidente, il peggioramento delle osteomalaciche durante la gestazione, poichè più considerevoli sono in questo periodo le perdite di fosforo da esse subìte.

Se un tale peggioramento nelle inferme non gravide si suole osservare ad ogni periodo menstruale per quel lavorìo che si avvera in grembo all'ovaio durante il processo della ovulazione, nella gestazione, se gli studi dei compianti Professori Bertè e Cuzzi (69) dimostrarono non compiersi una vera ovulazione, a questo stimolo congestionante però, se ne è sostituito un altro ben più potente, quale è quello determinato dalla caduta dell'ovicino nella cavità uterina e dal suo progressivo sviluppo.

***

Da quanto abbiamo fin qui esposto, sulla base di fatti sperimentali suffragati da considerazioni cliniche scientificamente accertate, formuliamo la seguente teoria:

Le ovaie hanno, come le altre glandole della economia animale, secondo la dottrina generale del Brown-Séquard, una specie di secrezione interna.

Esse immettono continuamente nel sangue un prodotto secretivo, la cui costituzione chimica è tuttora ignota ed i cui caratteri più essenziali sono quelli di favorire l'ossidazione delle sostanze organiche fosforate, degli idrati di carbonio e dei grassi.

NE CONSEGUE QUINDI CHE, SIA CON L'ABLAZIONE DI ESSE, O MANCANDO LA LORO FUNZIONE, COME PRIMA DELL'EPOCA DELLA PUBERTÀ E NELLA MENOPAUSA, SI DEBBA AVERE, DA UN CANTO UNA RITENZIONE MAGGIORE DI FOSFORO ORGANICO, DONDE UN MAGGIORE ACCUMULO DI SALI CALCAREI NELLE OSSA, DALL'ALTRO IL BEN NOTO FENOMENO DELL'INGRASSAMENTO, CONSECUTIVO ALLA CASTRAZIONE ED ALLA MENOPAUSA.

PARTE TERZA.

Ricerche tendenti a produrre l'osteomalacia sperimentale.

In quest'ultima parte intendiamo brevemente intrattenerci intorno a talune ricerche da noi fatte allo scopo di produrre, con iniezioni di succo ovarico e di *fermentum nitricum*, l'osteomalacia sperimentale.

Infatti, se questa malattia ha origine da una esaltata funzionalità delle ovaie, nel senso però da noi rilevato, cioè, di una ipersecrezione, iniettando nel cellulare sottocutaneo degli animali, grandi dosi del prodotto secretivo ovarico, dovrebbesi produrre il processo morboso.

In una cagna, nella quale con una grossa siringa di Pravaz quasi quotidianamente iniettavamo del succo ovarico, preparato nella maniera già descritta in altra parte della memoria, dopo lo spazio di circa un mese e mezzo nulla riscontrammo, che potesse far pensare ad incipienti lesioni del tessuto scheletrico.

Evidentemente una sola esperienza non può autorizzare a concludere nel senso negativo. Ripetendo le ricerche in animali emaciati e nel periodo dell'allattamento, epoca in cui, per la diminuita resistenza organica, più facile sembra prodursi l'osteomalacia, si potranno forse ottenere risultati positivi.

Convinti della grande influenza che le glandole sessuali esercitano sullo scheletro, esprimiamo però il dubbio che ad essa *soltanto* possa attribuirsi la causa dell'acromegalia e dell'osteomalacia; la endemicità di quest'ultima specialmente fa pensare ad altri momenti etiologici ed induce a considerarla di origine microbica.

Zürn per il primo trovò delle spore e dei micrococchi in casi di un rammollimento osseo quasi analogo all'osteomalacia e comune nel bestiame bovino.

Il Winckel (70) nel 1882 considerando il carattere endemico della malattia, pensò ad un agente infettivo ed il Klebs nel 1888 si mostrava proclive ad ammetterlo.

Il Kehrer (71), nella 42.ª adunanza dei medici e naturalisti tedeschi tenutasi in Heidelberg nel 1889, emise l'opinione che l'osteomalacia fosse l'opera di bacteri osteolitici. Le alterazioni anatomo-patologiche di questa osteopatia, in cui si ha prima decalcificazione delle ossa e poi fusione della sostanza fondamentale decalcificata, confermavano il Kehrer nella opinione che essa si debba all'azione di bacteri, i quali producono prima necrosi dei tessuti e poi consumo del tessuto morto. Egli ammetteva quindi, che bacteri formatori di acidi penetrassero nei vasi delle ossa e le decalcificassero.

Il Baumann nel 1889 (72) caldeggiò anch'egli l'idea di un'origine microbica e lo stesso Fehling non si mostrava lontano ad ammettere che nelle acque o nel terreno, analogamente a quanto viene ritenuto come verosimile per il gozzo dal Kocker, possano esistere bacteri, sotto la cui influenza per una produzione di acidi, specialmente nel corso della gravidanza, vengono rese solubili le sostanze calcaree delle ossa; egli praticò diverse ricerche bacteriologiche sopra varie ovaie appena estirpate e sul sangue raccolto durante l'operazione, ma esse riuscirono negative.

Anche il Truzzi fece delle indagini bacteriologiche sul sangue di varie donne osteomalaciche ed in un caso egli trovò delle colonie, che spiccavano per un colore violaceo molto pallido, molto più pallido, dice egli, di quello proprio della caratteristica sostanza colorante violetta, prodotta dal noto *bacillus violaceus* delle acque dei fiumi. Ma in altri casi non trovò mai colonie simili a quelle or ora accennate.

***

La teoria che parve avesse maggior fondamento per dimostrare la natura infettiva dell'osteomalacia fu quella emessa dal Petrone (73).

Questo autore ritiene trattarsi non di un agente infettivo specifico, ma di un fermento di attività biologica ben definita al di fuori dell'organismo, del *fermentum nitricum*. Egli con iniezioni intravenose di terra salnitrosa, afferma di avere prodotto negli animali, alterazioni simili a quelle dell'osteomalacia, ed ha notato la reazione dei nitriti

nelle urine dei cani inoculati e delle donne osteomalaciche. L'osteomalacia quindi, secondo il Petrone, non sarebbe altro che un processo di nitrificazione, che si compie nell'interno dell'organismo.

La reazione dei nitriti nelle urine delle osteomalaciche sarebbe la dimostrazione del processo infettivo, perchè, secondo questo autore, essa non si ritroverebbe nè nelle orine normali, nè in quelle patologiche ed avrebbe molto più importanza della presenza del propeptone. I risultati ottenuti con la castrazione dovrebbero quindi essere addebitati soltanto alla somministrazione del cloroformio durante l'atto operativo, avendo esso, come dimostrarono le esperienze di Schlösing, Warington e Müntz, una grande azione antisettica sul microrganismo della nitrificazione.

***

La teoria del Petrone è stata oggetto di numerose critiche. Infatti, la reazione dei nitriti, ricercata col metodo di Griess, lungi dall'essere l'espressione della nitrificazione dell'organismo, come vuole il Petrone, si osserva in orine 18 o 24 ore dopo la loro emissione, appartenenti sia ad individui sani che affetti da malattie diverse.

Nè dalla cura proposta dallo stesso autore, consistente nella somministrazione di cloralio o nelle inalazioni di cloroformio, si ebbero vantaggi tali da poter essere attribuiti ad una azione specifica di queste sostanze sul fermento nitrico.

Il Dottor Zuccaro (74) prima, il Trotta (75) ed il Bossi (76) dopo, ricercarono non solo in inferme osteomalaciche la reazione del Griess, ma il Trotta, specialmente, la ricercò nelle urine di donne gravide, di ammalate affette da lesioni ginecologiche e di persone sane e tutti questi ricercatori convennero nel non averla mai rinvenuta nelle orine emesse di recente, ma solo dopo 18 o 24 ore. La presenza dunque, dell'acido nitroso o nitrico è in rapporto con la fermentazione delle orine o come Goppelsröder dimostrò, essa è l'espressione della nitrificazione delle sostanze azotate in essa contenute. Ogni orina normale infatti, secondo Goppelsröder e Schönbein (77) contiene nitrati in debole quantità, che pel processo di fermentazione si trasformano in nitriti.

Alle stesse conclusioni pervenne il Dott. Jacoangeli, aiuto alla cattedra di Farmacologia, in alcuni casi osservati nell'Ospedale di San

Giovanni di Roma, uno dei quali venne illustrato dal Dott. Caliman Pavia (78).

***

Nell'intento di controllare la parte più essenziale della teoria del Petrone, che, come si è detto, ripone la causa della malattia nel *fermentum nitricum,* abbiamo iniettato in una cagna emaciata grandi quantità di culture pure del microrganismo della nitrificazione, la scoperta del terreno di cultura del quale si deve al Winogradsky (79).

Il terreno di cultura per questo microrganismo è assai difficile ad ottenersi e noi avemmo ad esperimentare la medesima difficoltà, già incontrata da altri (Trotta) nel prepararlo, il facile gelatinizzarsi cioè, nel dializzatore dell'acido ortosilicico, prima che esso abbia perduto ogni traccia di acido cloridrico (*).

Avendo avuto a nostra disposizione numerose culture pure del così detto *bacillus radicicolae,* uno dei più attivi tra i microrganismi della nitrificazione, che si ottiene dalle radici delle leguminose, noi l'iniettammo direttamente nell'animale in esperimento (**).

Scegliemmo a tale scopo come si è detto una piccola cagna mal nutrita. A quest'animale furono iniettati sotto la cute del dorso o delle regioni laterali del tronco per circa un mese e mezzo ben 470 c. c. di culture del *bacillus radicicolae,* senza avere mai potuto riscontrare alcuna deformità nelle ossa degli arti anteriori o posteriori, nè alcun dolore alla pressione che potesse far pensare ad un incipiente processo osteomalacico.

Trascriviamo senz'altro dal nostro giornale di Laboratorio l'esperienza fatta su questo animale:

Cagna piccola nera, assai dimagrita, del peso di Kg. 4,300.

10 Novembre. S'iniettano sotto la cute del dorso 10 c. c. di cultura del *fermentum nitricum.*

(*) Nel Laboratorio di Patologia Vegetale, diretto dall'egregio Prof. Cuboni, assieme al suo assistente Dott. Pizziconi feci varii tentativi per la preparazione di questo terreno di cultura, ma essi riuscirono infruttuosi. Ritengo anch'io che ciò debba dipendere dalla diversa densità dell'acido ortosilicico del commercio, densità che non è indicata nella memoria del Winogradsky. G. E. Curàtulo.

(**) All'egregio amico Dott. Plimmer rendo vivi ringraziamenti per avermi dato, l'ultima volta che io fui a Londra, molte di queste culture, che egli aveva nel suo Laboratorio. G. E. Curàtulo.

11 Novembre. L'animale sta benissimo: vengono iniettati 10 c. c. di cultura.

12 Novembre. Si fa l'iniezione di 10 c. c. di cultura.

14 Novembre. S'iniettano 40 c. c. di cultura nella regione laterale toracica. Si fa seguire l'iniezione da un leggero massaggio, onde facilitare il riassorbimento del liquido iniettato.

15 Novembre. La cagna non presenta nulla che sia degno di nota. Pigiando fortemente lungo gli arti e sulle ossa del bacino non si ha alcun segno di dolore. Vengono iniettati altri 40 c. c. di cultura.

20 Novembre. La cagna sta sempre bene: corre per la terrazza senza presentare il minimo disturbo. Si iniettano 50 c. c. di cultura.

23 Novembre. Nulla degno di nota, si fa l'iniezione di 50 c. c. di cultura nella regione del dorso.

29 Novembre. S'iniettano 80 c. c. di cultura nella regione laterale sinistra del torace. Assente ogni disturbo relativo al sistema osseo.

6 Dicembre. In qualche punto ove vennero praticate le iniezioni si notano piccole necrosi cutanee che sono disinfettate con lavature di deboli soluzioni di sublimato. Vengono iniettati 80 c. c. di cultura nella cute della regione glutea.

11 Dicembre. S'iniettano 50 c. c. di cultura sulla cute dell'addome.

19 Dicembre. L'animale non presenta nulla di particolare: mangia con avidità, corre senza che si avverta alcun disturbo nella deambulazione. S'iniettano 50 c. c. di cultura.

22 Dicembre. La cagna non presentando nulla di notevole viene sospesa dall'esperienza.

***

Stando quindi ai risultati di questa esperienza, la quale, malgrado le forti dosi di fermento nitrico iniettato, riuscì negativa, la teoria del Petrone non troverebbe conferma.

Nè d'altro canto, come si disse, la terapia proposta dallo stesso autore per la cura dell'osteomalacia ebbe, dalla maggior parte dei clinici, una conferma favorevole.

Se in qualche caso la cloronarcosi, ovvero la lunga somministrazione del cloralio diede leggeri miglioramenti, questi però, non furono che transitorii e gli entusiasmi di alcuni non tardarono a svanire dopo un'osservazione più lunga e spassionata dei fatti.

Così, mentre il Latzko (80), che nella riunione della Società dei medici di Vienna del 15 Aprile 1893, si mostrava favorevole alla terapia del Petrone, in una pubblicazione posteriore (81), pur rilevando i mi-

glioramenti ottenuti in qualche caso, soggiungeva che essi furono del tutto passeggeri ed i dolori recidivarono, di solito, *col ritorno delle mestruazioni.*

Questo fatto è degno di venir preso in considerazione, perchè esso ancora una volta conferma quanto avemmo ad esporre diffusamente nella seconda parte della nostra monografia.

Anche il Tibone (82) cui sembrò in un caso di avere ottenuto qualche vantaggio si trovò in altri a doverne constatare l'inefficacia. Tale è il caso pubblicato or non è molto dal Calozzo (83) ed occorso nella sua Clinica.

Della stessa opinione sono il Morisani (84), il Bossi, il Trotta ed il Pasquali, che ebbero occasione di esperimentare in donne osteomalaciche la somministrazione del cloralio per un tempo più o meno lungo.

Il leggiero miglioramento avutosi in qualche caso deve attribuirsi, riteniamo, sia all'azione ipnotica ed anelgesica delle sostanze menzionate, quanto all'azione che esse possiedono di diminuire il potere ossidante del sangue e quindi della secrezione ovarica sulle sostanze organiche fosforate.

In altri termini il cloralio ed il cloroformio neutralizzano l'azione di questa secrezione ed inducono per il tempo in cui vengono somministrati, quegli effetti benefici che si ottengono per via diretta ed in modo stabile con l'ablazione delle ovaie.

Se la patogenesi quindi dell'osteomalacia è ancora *sub judice* e deve, come giustamente afferma il Labusquière, ritenersi come una malattia di natura misteriosa, lo stesso non può dirsi dal lato della terapia.

***

È ben lungi da noi l'idea di voler proporre l'ablazione delle ovaie sistematicamente in tutti i casi di *mollities ossium* prima che cure mediche ben dirette fossero state tentate; ma quando queste riuscirono infruttuose, riteniamo sia dovere di ricorrere *senza indugio* alla ovariectomia.

Se non è lecito, senza una precisa indicazione, mutilare un' inferma di organi tanto interessanti come sono le ovaie, non è coscienzioso il

ricorrervi quando inoperosi o con mezzi inadeguati si attese che il male per lungo tempo ne insidiasse l'organismo e lo rendesse deforme:

« *Principiis obsta: sero medicina paratur* »
« *Quum mala per longas invaluere mores.* »

Infatti la castrazione nei casi avanzati di osteomalacia potrà riuscire a diminuire le sofferenze delle inferme ed a ridare al tessuto osseo la sua normale solidità, ma non potrà certamente riparare alle enormi deformità dello scheletro di queste disgraziate.

È necessario distinguere in ogni caso la varietà della forma morbosa ed a seconda di questa modificare od affrettare il nostro intervento. Poichè è noto, come in alcune forme il decorso della malattia, lungi dall'essere lento e regolare, è invece acuto e ben presto compaiono le deformazioni dello scheletro (*).

Qui giunti poniamo termine a questo nostro studio clinico e sperimentale rendendo plauso al Fehling per aver egli arricchito la terapia di un rimedio tanto efficace.

Che se i risultati delle nostre ricerche ci condussero a combattere la interpretazione data dall'insigne ostetrico di Halle al fenomeno clinico, è merito di lui però, come ben scrive il Trüzzi, se nel volgere di pochi anni più di un centinaio di povere madri si videro ridonate alle proprie occupazioni, alla propria attività, ai propri affetti, dopo che da assai tempo non avevano tregua alle proprie sofferenze e giacevano in preda ad una malattia, che fino ad oggi era giudicata nei suoi stadii avanzati come quasi incurabile.

(*) Il mese di Giugno scorso ebbi a visitare una Signora all'ottavo mese di gestazione, affetta da osteomalacia incipiente. Difficile, perchè dolorosissima, era la deambulazione e caratteristici i dolori provocati all'esplorazione vaginale da lievi pressioni fatte sulle branche degli ischi ed in corrispondenza delle piastre cotiloidee.

Proposi e praticai il parto prematuro, che fu accompagnato da applicazione di forcipe allo stretto superiore per preesistente ristrettezza pelvica. Proibii alla Signora di allattare e prescrissi la somministrazione degli ipofosfiti di Fellow e la dieta prevalentemente lattea.

Le migliorate condizioni dell'inferma fanno in certo modo sperare una guarigione definitiva, sebbene i dolori ed i disturbi alla deambulazione non siano del tutto scomparsi. G. E. CURÀTULO.

BIBLIOGRAFIA

(1) HEGAR. « La castrazione delle donne. » Raccolta delle conferenze del Volkmann, N. 143-145, Vallardi, 1881.

(2) CURÀTULO e TARULLI. « Influenza dell'ablazione delle ovaie sul metabolismo organico. » Nota preliminare. *Policlinico*, Marzo 1895 e *Centralblatt f. Gynekologie*, 1895.

(3) D'OLLINCAN. « Traité des éunuques, » 1707.

(4) VOSSIUS. « Etymologicon Linguae Latinae. »

(5) BELDINGERO. « Magazzeno per i medici. » Vol. 8, pag. 752.

(6) D'OLLINCAN, loco citato, pag. 20.

(7) HEGAR e KALTENBACH. « Traité de gynécologie opératoire, » pag. 265.

(8) HEGAR. « La castrazione, ecc., » pag. 83.

(9) SCHROEDER. « Malattie degli organi sessuali della donna, » pag. 335.

(10) HEGAR. « La castrazione, ecc., » pag. 82.

(11) ARISTOTELE. « De Animal. hist., » lib. 9, cap. 4.°

(12) PLINIO. « Collection Panckonke, » t. 6, pag. 279.

(13) SORAMUS in PUECH. « Des ovaires et de leurs anomalies. » Paris, Savez, 1873, pag. 42.

(14) CLAUDI GALENI. « Opera omnia. » 1550, t. I, pag. 1048. « De semine » lib. I, cap. 15.

(15) DIEMEMBROK. « Anat. corp. umani. » Utrajecti, 1672, lib. I.

(16) PLATERI. « Observat. » Basil, 1680, lib. I, pag. 249.

(17) HEGAR. « La castrazione, ecc., » pag. 61.

(18) Ibidem.

(19) HIPPOCRAT. Sect. 6, Aph. 28 et 29.

(20) FRACASTORO. « Op. omn. Withoff De castratis. »

(21) LE PRÈTE. « Quest. notables de droit. » Cent. I in Mojon: « Sugli effetti della castratura nel corpo umano, » pag. 49.

(22) WITHOFF. Op. cit. in Mojon, pag. 49.

(23) P. FRANK. « System einer med. » foly, 1779.

(24) « Comment. ad lib. 3 Hippocrat. »

(25) D'OLLINCAN. Loco citato.

(26) ACERBI. « Travels so the north cape shraugh Sweden and Lapland, » in Mojon, pag. 50.

(27) Ibidem, pag. 50.

(28) « Mém de la Societé R. de Médecine » 1779 Paris, pag. 289. « Diet des Sciences Med. » Art. *Castration*.

(29) GRIMAND. « Cours des fiévres. »

(30) KELLY. *Am. Journal of Obst.*, XX, pag. 180.

(31) GOODELL. *New Yorck. Med. Rec*, 13 Oct. 1883.

(32) BATTEY. « Normal ovariotomy. » *Atalanta Med. and Surg. Jour.*, Sept. 1892.

(33) HEGAR. « Die castration der Franen, » 1878.

(34) LAWSON-TAIT. *Britsh Med. Jornal*, 31 May 1873.

(35) Loco citato.

(36) Ibidem, pag. 62.

(37) G. E. CURÀTULO und TARULLI. « Ueber den Empluss, etc. » nella *Therapeutiscke Wochenschrift*, N. 22, 1895.

(38) GLAEVECKE. *Archiv. f. Gynæk.*, Bd. XXXV, Hft. 1, p. 1.

(39) HOFMEIER. « Zur frage der Behandlung der osteomalacie durch Kastraction. » *Cent. f. Gynæk*, 1891, N. 12, pag. 225.

(40) SIEGFRIED NEUMANN. *Archiv. f. Gynæk.*, Bd. ILVII, Hft. 11, pag. 202 e vedi *Arch. f. Gyn.*, di quest'anno.

(41) FEHLING. « Zur frage der Therapie bei osteomalacie. » *Cent. f. Gynæk.*, m. 5, 1890, pag. 73.

(42) E. TRUZZI. « La castrazione nell'osteomalacia. » Relazione alla 1.ª riunione della Soc. Ost. e Ginec. italiana, Ottobre 1894, negli *Annali di Ost. e Ginec.*, N. 11, Nov. 1894.

(43) KUMMER. « De l'oophorectomie bilaterale comme moyen curatif de l'osteomalacie. » Genève, 1892.

(44) WINCKEL. « Ueber die Esfolge d. Kastration bei d. Osteomalacie. » *Samlung. Klin. Vorträge*, N. 71, 1893.

(45) SIPPEL. « Kraiserschritt mach Sänger. » *Arch. f. Gynæk.*, Bd. XXIX, Hft. 3, pag. 476.

(46) v. VELITS-WEITERE. « Beiträge Zur chirurg. Behandlung d. Kuochenerweichung. » Ung. *Archiv. f. Mediz.*, Bd. II.

(47) THOM. *Centrals. f. Gynæk.*, 1891, m. 41.

(48) SILVA. « Contributo allo studio della fisiopatologia nella mentruazione. » *Policlinico*, fasc. 2, 1896.

(49) MARRO. « La pubertó, ses rapports avec l'anthropologie, la physiologie et la psychiatrie. » Extrait du *Bullettin de la Société de Médicine mentale de Belgique*, 1894.

(50) QUETELET. « Anthropométrie, » pag. 184-1871.

(51) PAGLIANI. « Sopra alcuni fattori dello sviluppo umano, » pag. 61-1876.

(52) LORTET. « Compts Rendus de l'Accademie des Sciences de Paris. » Fascicolo 14, 1896.

(53) CALDERINI. « L'osteomalacia. » Loescher, 1870.

(54) MARRO. Loco citato, pag. 32.

(55) SONZA-LEITE. « L'acromegalie. » Paris, 1890.

(56) TAMBURINI. « Atti dell'XI Congresso Medico Internazionale, » pag. 182.

(57) TANZI. « Due casi di acromegalia. » *Morgagni*, 1893.

(58) MANGIAGALLI. « L'età critica. » *Annali di Ostetricia e di Ginecologia*, N. 1, pag. 45, 1895.

(59) PATTKAST NEL NOORDEN. « Trattato di patologia del ricambio materiale, » pag. 180.

(60) *The transaction of the Edinburgh Obstetrical Society*, Vol. XX, 1894-95, pag. 124.

(61) BRA. « La méthode de Brown-Séquard. Traité d'Histothérapie. » Paris, 1895, pag. 188.

(62) POÉGIS. « Cas de folie consécutive à une ovaro-salpingectomie. » Soc. de Méd. de Bordeaux, Séance 2 Juni 1893.

(63) CLÉMENT. Société des sciences méd. de Lyon, 21 Déc. 1892.

(64) BROWN-SÉQUARD e D'ARSONVAL. *Archives de phys.*, Juillet 1891, pag. 491.

(65) D'ARSONVAL. « Sur la reconstitution du sang après les hémorrhagies. » C. R. de la Soc. de Biologie, 14 Fév. 1880.

(66) BROWN-SÉQUARD. Eodem loco, 1885, pag. 287 e 307.

(67) POLIMANTI e SAPELLI. *Rivista di Ost. Gin. e Pediatria*, N. 2 e 4, anno 1896.

(68) ODDI e VICARELLI. *Lo Sperimentale*, Fasc. II, 1890.

(69) BERTÈ e CUZZI. *Rivista Clinica*, 1884, pag. 17. « Contributo all'anatomia dell'ovaio della donna gravida. »

(70) VINCKEL. « Klinische Beobachtungen zur Dyst durch Beckenenge, » 1882.

(71) KEKRER. Vedi *Riforma Medica*, 1890, 6-7 Febbraio.

(72) BAUMANN. Inaugural dissertation. Basel, 1889.

(73) PETRONE. « Il microrganismo della nitrificazione e l'osteomalacia. » *Riforma Medica*, 1892, Vol. II, pag. 28 e 320, Vol. III, pag. 417.

(74) ZUCCARO. « Appunti clinici sull'osteomalacia. » *La Puglia Medica*, 1893, N. 12.

(75) TROTTA. « A proposito della teoria del Petrone sulla genesi e cura dell'osteomalacia. » *Archiv. di Ost. e di Gin.*, N. 9 e 10, pag. 389, 1894.

(76) BOSSI. « Sulla castrazione nell'osteomalacia. » *Gazzetta degli Ospedali*, 9 Marzo 1895.

(77) NEUBANER e VOGEL. « De l'urine et des sediments urinaires, » 1877, pag. 82.

(78) CALIMAN PAVIA. « Contributo alla etiologia, patogenesi e cura dell'osteomalacia puerperale. » *Annali di Ost. e di Gin.*, N. 3, 4, 5, anno 1896.

(79) WINAGRADSKY. « Recherches sur les organismes de la nitrification. » *Annales de l'Institut Pasteur*, 1891, N. 2, pag. 93.

(80) LATZKO. *Wiener Klin. Wochensch.*, 1893, N. 17.

(81) LATZKO. *Wiener Klin. Wochensch.*, 1894, N. 28 e 29.

(82) Vedi CARUSO. « Operazioni compl. del taglio cesareo. » *Annali di Ost. e Gin.*, 1894, N. 2, pag. 100.

(83) CALOZZO. « La patogenesi dell'osteomalacia. » *Rivista di Ost. Gin. e Pediatria*, 1896, N. 3.

(84) Vedi TROTTA. Loco citato, pag. 392.

SPIEGAZIONE DELLE TAVOLE.

La curva *Ph* rappresenta l'eliminazione giornaliera della anidride fosforica prima e dopo l'ablazione delle ovaie.

La curva *P* il peso dell'animale.

La curva *N* l'eliminazione dell'azoto; quella *Ur* la quantità delle orine delle 24 ore.

Nelle varie curve la prima interruzione, segnata in basso dall'asterisco, rappresenta l'epoca in cui viene sospesa l'esperienza avanti la castrazione per ricominciare appena l'animale è guarito.

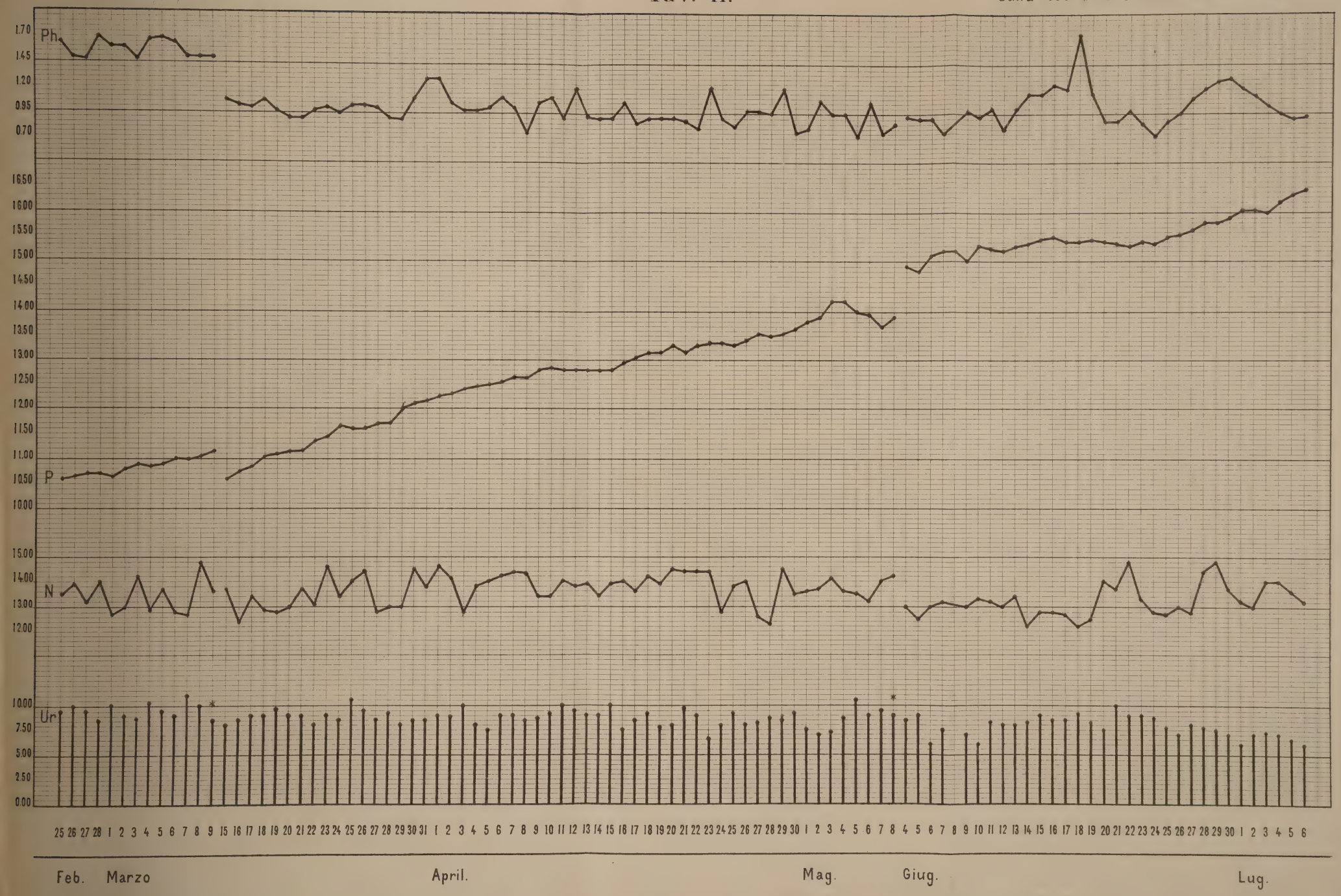
Le altre interruzioni nelle curve indicano la sospensione per qualche tempo dall'esperienza.

Nella Tav. II si nota che la curva dell'eliminazione dell'anidride fosforica *Ph* risale in modo sensibile al 18 Giugno; giorno consecutivo alla iniezione sottocutanea di c. c. 40 di succo ovarico.

La Tav. III riguarda la cagna *C* nella quale insieme alle ovaie fu pure asportato tutto l'utero.

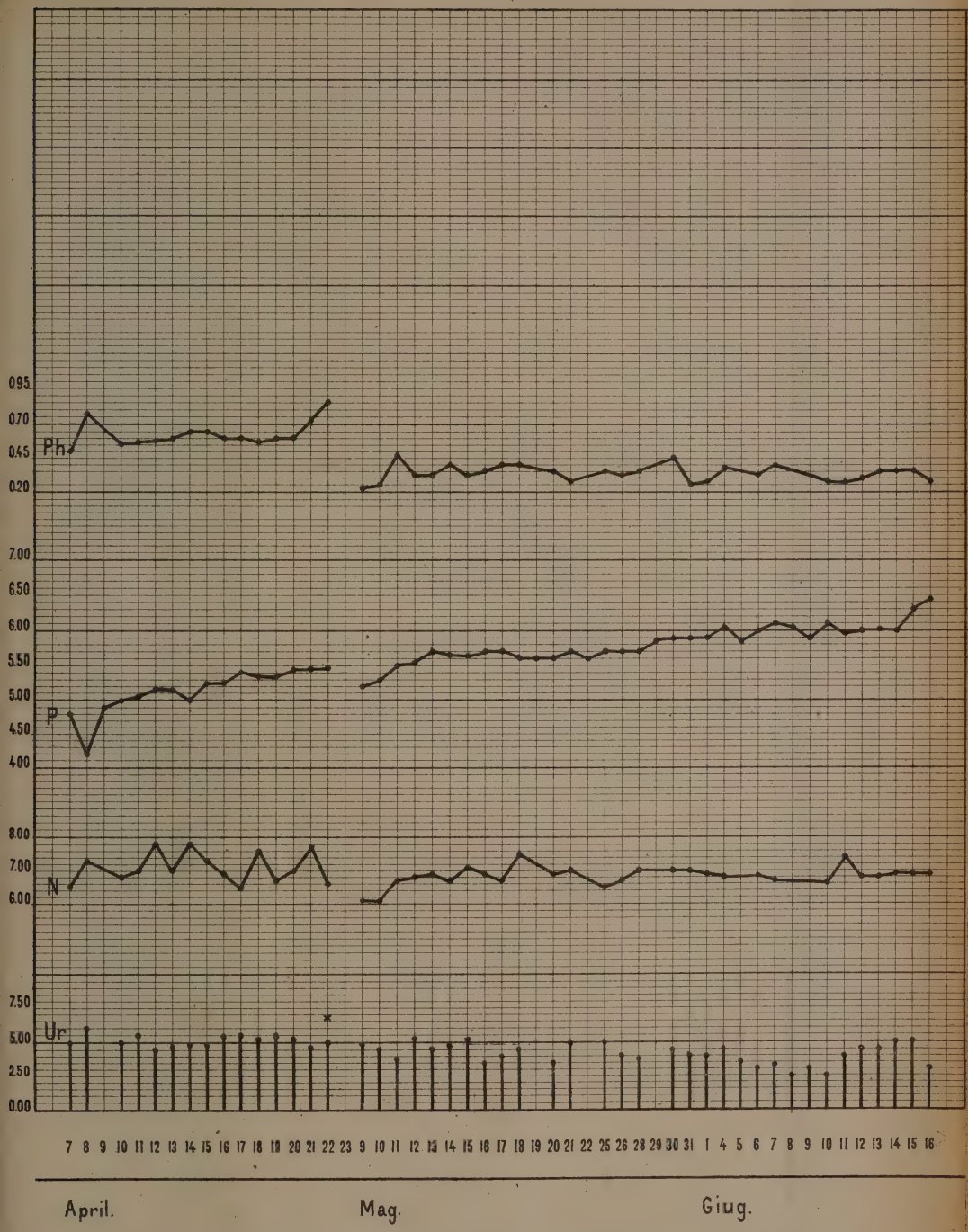
Ph
1.65
1.40
1.15
0.90
0.65
0.40
P
12.00
11.50
11.00
10.50
10.00
9.50
9.00
8.50
8.00
7.50
7.00
N
11.00
10.00
9.00
Ur
1000
750
500
250
000
8 9 10 11 12 13 14 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 1 2 3 4 5 6 7 8 9 24 25 26 27 28 29 30 1 2 3 4 5 23 24 25 26 27 28 29 30 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nov.
Dicem.
Genn.
Feb.
Marzo
April.
Mag.
Giug.
Lug.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS
7 DEC 96
LIBRARY



E. Battisti. lit. Roma.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS
-7 DEC 96
LIBRARY



E. Battisti. lit. Roma.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
-7 DEC 96
LIBRARY

BIBLIOGRAFIA

FRANCESCO VILLA. — **I vizi di sviluppo dell'utero dal punto di vista ostetrico e ginecologico.** — Milano, Tipografia Aliprandi, 1896, vol. di 166 pag. in-16.

Dato un rapido sguardo al modo col quale possono originare le anomalie genitali, passa in rassegna le varie classificazioni nelle quali vennero distinte le varie modalità di tali arresti di sviluppo sia in rapporto alla età in cui essi hanno luogo, sia in rapporto alle parti dalle quali trassero origine. Deplora che nelle addottate classificazioni esista confusione, basata specialmente sul valore della nomenclatura. L'A. invece crede che le anomalie di conformazione possano essere vantaggiosamente divise in quattro grandi classi: 1.ª Arresto di sviluppo di entrambi i dotti di Müller. — 2.ª Arresto di sviluppo di uno dei condotti di Müller. — 3.ª Vizi di conformazione risultanti dallo sviluppo separato dei due condotti (in tutto od in parte). — 4.ª Disturbi di sviluppo che colpiscono l'utero già regolarmente formato.

La memoria è poscia suddivisa in vari capitoli: *Mancanza d'utero,* che minute indagini odierne, peculiarmente basate sulle ricerche microscopiche, hanno stabilito come eccezionale. — *Utero rudimentale,* che Kussmaul descrisse sotto cinque forme distinte. Accenna alla fisionomia generale delle donne affette da tale imperfezione non che alla frequenza colla quale il vizio venne osservato ripetersi in una stessa famiglia, alla persistenza dell'appetito sessuale, alla mestruazione che talora può vestire il carattere di un semplice simulacro, talora mostrarsi vicariante per l'ano o per altre vie; alle coliche riferibili al *molimen* mestruale, che spesso forniscono indicazione assoluta della castrazione. — *Utero unicorne* per completa atrofia di uno dei condotti di Müller in tutta la sua lunghezza. Ricorda la facile frequenza colla quale fu osservata altresì la mancanza del rene dal lato ove manca il corno uterino. Descritta la malformazione aggiunge che essa è per lo più confusa nella vivente con una semplice ipoplasia o con una latero-flessione perchè non occasiona che eccezionalmente fenomeni che richiedono una cura. La pubertà, la mestruazione, il coito, il concepimento, la gravidanza, il parto (persino osservato gemellare) si compiono per lo più in modo affatto regolare. L'A. tuttavia inclina a credere che l'ipertrofia e l'iperplasia gravidica non sempre riescano a compensare l'originaria deficienza di volume della matrice, dando così luogo spesse volte al parto prematuro. — *Utero bicorne* distingue due classi. Utero bicorne propriamente detto, ed utero bicorne con corno rudimentale. Questo capitolo è assai minuto, come quello che contiene la descrizione delle varietà molteplici della affezione, la quale presenta spesso delle anomalie alla vulva ed alla vagina. Nella varietà utero-bicorne, ove i canali utero-vaginali sono pervi, la mestruazione è quasi sempre regolare, talora però fu osservata una certa quale indipendenza nelle 2 metà; così che una di esse purga prima dell'altra, particolarità confermata dalla

persistenza del catamenio durante la gravidanza insorta nell'opposto corno. L'A. crede che la pubertà non si presenti sempre contemporaneamente d'ambo i lati. Accennato come lo stimolo sessuale non sia alterato, accennato come l'affezione non ostacoli il concepimento, nota come la gestazione possa alternare la sua sede, e come spesso siasi verificata gravidanza doppia essendo un feto allogato in un corno, l'altro nell'altro e come la letteratura vanti anche qualche caso di parti trigemini. Durante la gravidanza l'utero si comporta come fosse normale e la metà vuota compartecipa ad essa come nella extrauterina colla formazione di una caduca. Spesso tuttavia viene in iscena l'aborto per cause non ancor ben definite. Riguardo alle presentazioni fetali dice che queste dipendono dalla conformazione interna della cavità che può essere unica, che può essere doppia e distinta oppure doppia comunicante e dalla difettosa tonicità della parete uterina, ond'è che spesso il parto è distocico. Annovera fra le cause di distocia l'eventuale rottura uterina collegata alla persistenza del legamento retto-vescicale, citando alcuni casi, e così pure ricorda come causa di distocia lo stesso corno vuoto intromessosi tra la vagina ed il feto.

Parla quindi dell'intervento dell'arte a feto estratto od espulso, perchè in causa della malformazione si possono avere emorragie gravi da ritenzione placentare, o per non raro rinserramento del collo, o per aderenze preternaturali o per incastonamento. La diagnosi di gravidanza in utero bicorne si presenta talora contornata da immense difficoltà e però non si deve trascurare alcun elemento che possa facilitarla. Quivi l'A. mette in guardia contro gli eventuali errori ed indica il modo di evitarli. Finisce lo studio dell'utero bicorne con uno sguardo alle affezioni d'indole ginecologica. Venendo a parlare della seconda modalità, vale a dire dell'*utero bicorne* con corno rudimentale, annovera le varie forme anatomiche del vizio organico, le particolarità inerenti al comportarsi della funzione catameniale, le modalità del concepimento, della migrazione dei nemaspermi, gli accidenti cui dà luogo la gravidanza nel corno rudimentale, quelli che insorgono per effetto di un travaglio abortivo, la rottura della sacca uterina, le modificazioni cui va incontro il feto trattenuto nel corno impervio, gli ostacoli meccanici che il corno impervio può opporre allo sgravio del corno pervio, le difficoltà diagnostiche, le varie operazioni che sono richieste dalle varie modalità dei casi; segue poscia la casuistica concernente la patologia del corno rudimentale.

Utero biloculare. È quello che possiede un sepimento che partendo dal fondo scende in basso, per un breve tratto, o per una estensione maggiore, interessando anche la cavità del canal cervicale e talora si continua con un sepimento della vagina. In esso la mestruazione è regolare, talora riescono mestruanti le due metà vicariamente. Anche questo capitolo è diffusamente trattato sia dal lato anatomico che fisiologico.

Utero didelfo. La casuistica ostetrica è assai limitata non contando fino al 1894 che soli 12 casi ben accertati ai quali l'A. ne aggiunge qualche altro, venendo poi a riassumere le conclusioni sull'interesse ostetrico della malattia.

Segue poscia lo studio delle *Stenosi ed atresie del collo uterino* divise in:

a) Stenosi cervicali.

b) Atresie uterine congenite. Sono studiati il tempo dell'apparizione dei fenomeni da ritenzione, il modo diverso di atteggiamento dei genitali interni a seconda della diversità del vizio, le complicanze, gli esiti, ed infine i diversi interventi sono discussi in base a statistiche raccolte con diligenza. L'accurata me-

moria (che fu onorata dal premio di Istituzione Dell'Acqua, conferito dietro concorso annuale presso l'Ospedale Maggiore di Milano), è ricca di bibliografia italiana e straniera; termina col capitolo delle *Atrofie uterine* e con un paragrafo delle *minori malformazioni dell'utero,* quali i sepimenti trasversali incompleti del collo, l'*uterus biforis,* l'obliquità congenita dell'utero.

Decio.

CORDARO. — **Sul raschiamento uterino in ostetricia e ginecologia.** Questioni pratiche e scientifiche. — Tesi per la libera docenza, (Padova, Stab. Prosperini, 1895).

La monografia, che esce dall'Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Padova diretto dal prof. Inverardi, svolge minutamente l'argomento, trattando non solo della parte storica, ma ben anco di tutte le questioni pratiche e scientifiche che ad esso si connettono, e peculiarmente di quelle più importanti, che ancora non sono state definitivamente risolte. Essa è divisa in due parti.

La prima parte comprende 2 capitoli. Il primo capitolo è diviso in 4 paragrafi: nel 1.° figura il cenno storico; nel 2.° tutte le indicazioni che può trovare il cucchiaio nei resti ovulari del parto a termine e prematuro, compresi i polipi placentari; nel 3.° la casistica con 5 tabelle; nel 4.° la cura subito dopo il parto.

Il secondo capitolo è composto di 7 paragrafi: nel 1.° parla dei resti ovulari nell'aborto incompleto; nel 2.° dei resti deciduali abortivi come origine del sarcoma deciduocellulare, di cui vengono riferiti tutti i casi conosciuti fino all'epoca della pubblicazione della memoria; nel 3.° ricorda tutti i metodi in uso per la provocazione dell'aborto e rileva i vantaggi pronti ed immediati che si hanno in questi casi con l'applicazione del cucchiaio; nel 4.° sono esposti i vari metodi proposti per la cura dell'aborto incompleto; nel 5.° la critica di questi metodi; nel 6.° le varie opinioni e le relazioni dei risultati ottenuti dagli autori nell'endometrite puerperale acuta, in seguito al parto o all'aborto, con differente trattamento locale; nel 7.° si discutono le obbiezioni fatte al raschiamento nei processi puerperali, e viene indicata la linea di condotta, che bisogna tenere per la terapia locale.

La seconda parte comprende pure 2 capitoli.

Il primo capitolo contiene 2 paragrafi: il 1.° paragrafo riporta diverse classificazioni dell'endometrite cronica; nel 2.° vengono studiate le lesioni anatomopatologiche delle varie forme di endometrite.

Il secondo capitolo si compone di 7 paragrafi: nel 1.° si nota la convenienza e la necessità della cloronarcosi e della dilatazione dell'utero in ginecologia; nel 2.° descrive la preparazione dell'inferma e la tecnica del raschiamento; nel 3.° si riporta la casistica; nel 4.° si rileva l'utilità del raschiamento nei miomi dell'utero, nel carcinoma uterino inoperabile, ed in ultimo del raschiamento a scopo diagnostico; nel 5.° si parla della cura dell'endometrite cronica; nel 6.° si discutono le obbiezioni fatte al cucchiaio per ciò che riguarda la rigenerazione della mucosa e la sterilità; nel 7.° sono esposte le conclusioni.

Decio.

ATTILIO FERRI. — **Relazione clinica del lavoro eseguito dalla Guardia Ostetrica di Milano nel 1895.** — Milano, Tipografia Romani e C., 1896.

L'Autore dopo aver esposto per sommi capi l'attuale organizzazione della Istituzione, dopo aver accennato alle modalità del servizio, allo strumentario, ai disinfettanti usati, al laboratorio d'indagini microscopiche, alla annessa ambulanza ostetrico-ginecologica, dice come nel 1895 le chiamate della Guardia Ostetrica salirono al numero di 1076. Esse sono divise in 4 classi: I. Patologia della gravidanza. II. Patologia del parto. III. Patologia del puerperio. IV. Forme mediche e ginecologiche. La seconda classe è quella che rappresenta il maggior numero di chiamate. Circostanziata l'esposizione delle operazioni manuali e strumentali, dopo la quale seguono i prospetti generali clinici, della mortalità materna e fetale, degli atti operatori e la statistica riassuntiva del lavoro compiuto dalla Guardia Ostetrica dal 1887 al 1895.

Decio.

MUZIO PAZZI. — **Saggio bibliografico di ostetricia e ginecologia italiana dal 1870 al 1892.** — Tipografia Zanichelli in Bologna, 1896. Vol. in-16 di pag. 486.

Sotto il titolo modesto col quale l'autore volle chiamare la propria fatica, è testè uscita dai torchi un'opera la quale, se continuata, sarà di grande utile ai cultori italiani di ostetricia e ginecologia. Infatti dopo la colossale opera del compianto prof. Alfonso Corradi, che per primo ha lasciato ai posteri la storia della ostetricia in Italia dalla metà del secolo scorso fino al 1870 circa, era opportuno che, almeno sotto forma di indice bibliografico, si andassero raccogliendo i materiali per la sua possibile continuazione. A ciò provvede il Saggio Bibliografico del dott. Pazzi in cui furono riunite tutte le pubblicazioni della specialità, dai trattati classici, alle più modeste note apparse sulle molteplici pubblicazioni periodiche. La materia è divisa in tre parti: 1.ª parte ostetrica; 2.ª parte ginecologica; 3.ª indice di tutto ciò che ha servito all'autore per le ricerche bibliografiche. Interessanti poi gli appunti storici sul giornalismo scientifico in Italia ed il catalogo di tutte le pubblicazioni nazionali scientifiche periodiche uscite dal secolo XV al presente.

I cultori della specialità debbono essere grati al dott. Pazzi per l'utilissima sua pubblicazione che io credo diverrà indispensabile repertorio scientifico, e questa gratitudine gli sia di compenso all'improba fatica sostenuta, ed incitamento verso la continuazione dell'opera, a lustro della patria erudizione e per utilità degli studiosi.

Decio.

Prof. **Luigi Mangiagalli**, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XVIII. Novembre 1896. Num. 11.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI

EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELLA R. UNIVERSITÀ DI PAVIA
diretto dal Prof. L. Mangiagalli

Contributo al trattamento retroperitoneale del peduncolo
E ALL'USO DEL LACCIO ELASTICO NELLE MIOMOTOMIE

PEL

Dott. INNOCENTE CLIVIO

AIUTO E LIBERO DOCENTE.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
24 DEC 96
LIBRARY

Sulla fine del 1890 il prof. Cuzzi, esprimendo la sua opinione sul trattamento del peduncolo nei casi di amputazione sopravaginale dell'utero per fibromiomi, dava la preferenza all'affondamento di esso, e quale tecnica da seguirsi, per garantirsi da alcuni inconvenienti che possono avverarsi con questo metodo specialmente nelle mani di operatori che non hanno a loro disposizione un grande materiale, sosteneva l'uso del laccio elastico, combattendo gli appunti che a questo erano stati fatti, dimostrandone invece i pregi. Egli a ragione riteneva che tanto i lacci di seta che i lacci elastici possono essere per bene disinfettati, per bene incapsulati, per bene tollerati nella cavità peritoneale; la paura che in causa dell'eccessiva compressione del peduncolo potesse cadere in gangrena la parte soprastante al punto strozzato gli pareva sostenuta da una veduta più teorica che pratica. Quali vantaggi dell'allacciatura elastica, oltre a rendere più spiccio l'atto operativo e rendere tranquilli riguardo a tardive emorragie, riteneva che ammessa la possibilità di una infezione proveniente da piogeni eventualmente risiedenti nel collo, la loro diffusione verso la superficie del moncone e il cavo peritoneale fosse meno facile coll'allacciatura elastica che con quella in seta, e ciò perchè l'allacciatura elastica rende più stipati i tessuti e su di essi i microrganismi trovano un terreno di coltura e di diffusione poco favorevole.

A quasi sei anni di differenza, non credo del tutto inutile ritornare su questa questione, per quanto le vedute moderne abbiano in questo poco lasso di tempo fatto un cambiamento notevole. Quando il compianto mio maestro si schierava in favore del trattamento intraperitoneale del peduncolo, erano vive le lotte fra il trattamento intra ed extraperitoneale, e solo allora, per opera del Martin, accennava ad acquistare una certa importanza l'isterectomia totale addominale. In questo breve volger d'anni, il trattamento esterno del peduncolo ha tramontato quasi completamente, e pochi sono quelli che lo praticano ancora di deliberato proposito; la lotta invece si combatte fra l'affondamento del peduncolo e l'isterectomia totale addominale.

Non è certo ora mio intendimento di farmi sostenitore sistematico dell'uno o dell'altro metodo operativo, perchè, oltre al mancarmene l'autorità, debbo pel vero confessare che sarei molto in forse nel giudicare a quale dei due metodi secondo me debba darsi la preferenza, e ciò perchè entrambi hanno pregi che non possono essere trascurati, e mi pare giusto ritenere che entrambi dovrebbero essere accolti nella pratica ginecologica e la scelta essere data in parte dalle condizioni in cui si presenta il caso clinico e in parte dalle condizioni dell'operatore. Questa mia opinione è basata su due fatti di ordine diverso, e sono: 1.° Che i pericoli provenienti dal moncone di una laparomiomotomia furono in parte esagerati, non trovandosi per essi una base nell'esame spassionato dei fatti, attribuendosi al moncone gli effetti della tecnica operatoria ancora indecisa: inoltre non si può disconoscere col Baer che in parte il collo uterino rappresenta un elemento di chiusura del pavimento pelvico e che perciò non è del tutto inutile la sua conservazione. 2.° L'isterectomia totale addominale, più brillante, è certo però più difficile dell'amputazione sopravaginale dell'utero.

Per tali ragioni se trovo più che giustificata la preferenza che l'uno e l'altro ginecologo professa per questo o quel trattamento operativo, mi pare però che da qualcuno si sieno varcati i limiti del giusto nell'esprimere le proprie preferenze, e non credo che mi si potrà tacciare di troppa tenerezza per l'amputazione sopravaginale se trovo esagerata e non conforme al vero l'espressione del Schuchardt (1), che

---

(1) Schuchardt. « Totalexstirpation der myomatösen Gebärmutter von der Bauchhöle aus. » *Monatschr. f. Geb. und Gyn.*, B. I, H. 3, pag. 238, 1895.

afferma essere l'estirpazione totale dell'utero miomatoso il padrone della situazione, mentre dell'amputazione sopravaginale si potrebbe dire con Ambrogio Pareo: io ti ho curato, Iddio ti ha guarito. Infatti quando si ottengono risultati quali quelli dello Zweifel, del Chrobak, del Treub, del Leopold, del Brennecke, del Runge, del Dimitri de Ott, del Rosthorn, ecc., senza che inconvenienti tardivi abbiano a rendere meno brillante l'esito immediato, mi pare che non si possa ritenere illogica simile condotta chirurgica; e a sostegno del mio asserto credo conveniente rendere di pubblica ragione una serie di laparomiomotomie che possono benissimo aggiungersi a quelle degli operatori suaccennati, e dall'altra parte vorrei rimettere in campo l'altra questione dell'uso del laccio elastico, poichè anche per questo si è forse esagerato circa ai danni che può arrecare, mentre in molti casi può essere di valido aiuto al chirurgo.

Durante il mio assistentato presso la Clinica ostetrico-ginecologica di Pavia, sotto la direzione del prof. Cuzzi, ebbi l'opportunità di praticare un discreto numero di laparotomie e in due di queste eseguite per fibromioma usai del laccio elastico per assicurare l'emostasi del peduncolo da affondarsi. Eccone le storie cliniche:

E. V., d'anni 43, di Sannazzaro, maritata, benestante. Entra in Clinica il 19 Aprile 1892, N. 1407 di cedolino.

Nulla di notevole dall'anamnesi remota. Da parecchi anni soffre per disturbi al basso ventre, senso di peso, dolori a volte gravativi a volte lancinanti al fianco sinistro. Si fece visitare parecchie volte e da parecchi medici; venne da taluni creduta affetta da rene mobile, altri diagnosticarono un tumore localizzato alla pelvi, ma sconsigliarono l'intervento operativo, intanto le di lei sofferenze andarono notevolmente aumentando, per cui la paziente decise di rivolgersi alla Clinica ostetrico-ginecologica di Pavia.

Nulla di notevole rilevasi all'esame generale e degli organi del petto, eccetto un spiccato dimagramento dovuto in gran parte alle sofferenze che le impediscono il riposo. L'addome all'ispezione non presenta che una leggera tumefazione limitata al quadrante inf. sinistro. Alla palpazione e percussione si riscontra in sito e normali i varii organi addominali: a sinistra approfondando la mano esaminatrice, sul quadrante inferiore si sente una tumescenza dura, resistente, tondeggiante, regolare nella superficie che si approfonda in basso nello scavo e che in alto si spinge a due dita al disopra dell'arco pelvico anteriore. Coll'esame combinato si rileva l'utero stirato in alto e in lateroversione destra,

di volume normale; separato da esso da un solco si sente a sinistra una tumescenza del volume di una grossa melarancia dura, resistente, che si spinge all'esterno fin quasi alle pareti pelviche e in basso fin quasi alla volta vaginale. Detta tumescenza è piuttosto fissa; i movimenti limitati che ad essa si possono imprimere si ripercuotono anche sull'utero; non è dolente. La diagnosi clinica per un momento dubbia fra cisti o fibroma del legamento largo, si fissa su quest' ultimo. Venne consigliato o meglio reclamato dalla paziente l'atto operativo, per le spiccate sue sofferenze.

Si intervenne il 24 Aprile 92. Il prof. Cuzzi mi incaricò di essa, mi assistette direttamente il prof. Pestalozza, che in quel giorno erasi recato da Genova a visitare il nostro professore. Praticata la laparotomia, si constata trattarsi veramente di un fibroma situato nel legamento largo sinistro al disotto della tuba e separato da essa, dall' utero e dalla parete pelvica per una striscia di legamento largo. L'atto operativo fu veramente laborioso; si dovette segmentare il legamento largo da entrambi i lati per liberare il tumore, applicando delle legature in seta coll'ago del Deschamps alternate da un lato e dell'altro del tumore, finchè si giunse alla base del legamento largo e quindi alla base del tumore che aveva un largo impianto. Venne circondata col laccio elastico la porzione di inserzione del tumore, e fissatone i due capi in croce con un filo in seta, al disopra di esso si incise il tumore e si regolarizzò poi la sua superficie; l' emostasi fu perfetta. Si affondò il peduncolo, si fece la toeletta, e si suturò le pareti addominali con sutura intercisa senza porre drenaggio. Il decorso post operativo fu ottimo; non si ebbe rialzo di temperatura. Il coalito della sutura addominale fu buono, tranne per un punto di mezzo che suppurò per pochi giorni, ma poi il forellino si chiuse bene per seconda intenzione. La paziente lasciò la Clinica guarita il 26 Maggio 92.

Il tumore del peso di grammi 400 è molto duro e del volume di due pugni, tondeggiante, ma con diametro trasverso sentitamente maggiore dell'antero posteriore. Dal suo margine superiore parte un tratto di legamento largo comprendente la tuba nei suoi 2[3 esterni. È regolare la superficie presentando però dei piccoli nodetti della grandezza da un grano di riso a uno di melica. Esciso qualcuno dei nodetti ed esaminatolo al microscopio, essi mostravano la struttura dei fibromiomi con prevalenza spiccata delle fibre connettivali sulle fibrocellule, scarse le cellule connettivali.

Nel Settembre dello stesso anno la signora V. si ripresenta perchè da un po' di tempo in rapporto alla cicatrice laparotomica, dove un punto aveva suppurato, si era formato un piccolo forellino dal quale gemeva del pus. Venne subito il sospetto che si trattasse di un seno fistoloso che comunicasse col campo operativo; si dilatò prudentemente il condotto con dilatazione graduale e coll' Ellinger, e si cercò colle

lavature disinfettanti e colle striscie di garza jodoformica di ottenere la guarigione di detto seno. Si ebbe un certo miglioramento ma non la sua scomparsa, per cui si ritenne che fosse sostenuto da un processo di eliminazione dei lacci del peduncolo. Resa nota la cosa alla paziente e avvertito il medico della famiglia, la signora ritornò a casa continuandosi la semplice cura di pulizia locale. Nel Dicembre si ripresentò alla Clinica, dicendo che qualche cosa di nuovo le pareva di aver osservato negli ultimi tempi in rapporto al seno fistoloso: infatti esaminatasi l'ammalata anche dal prof. Cuzzi, si vide sporgere dal forellino suppurato una specie di bitorzoletto che venne afferrato con una pinza e facilmente si potè estrarre. Esso era formato dal laccio elastico e da un aggrovigliamento di lacci in seta. Il giorno dopo il seno fistoloso era completamente chiuso, ed allora la paziente non ebbe più alcun disturbo.

E. E., d'anni 50, nubile, infermiera, entra in Clinica ostet.-ginec. il 3 Maggio 1892, N. 1629 di cedolino.

Anamnesi remota: mestruatasi a 13 anni, ebbe poi le ricorrenze mestruali regolari per la comparsa, ma scarse, dolorosissime, da obbligarla a letto; da 6 anni è entrata nella menopausa. Sofferse di enterite cronica. Si accorse del tumore addominale tre anni fa, dopo una visita medica per un improvviso accesso febbrile, ma allora non pensò a farsi curare: da qualche mese il tumore è aumentato rapidamente ed è accompagnato a dolori alla regione iliaca e sacrale, che le rendono difficile e certe volte le impediscono di attendere alle proprie occupazioni; si presenta alla Clinica per essere liberata dalle sue sofferenze.

Esame generale negativo (cuore ed urine normali).

Esame locale. — Addome tumefatto come per una gravidanza all'8.° mese; alla palpazione risulta occupato da un tumore che da due dita trasverse sopra il bellico, si spinge in basso fin ad occupare lo stretto superiore; quivi è piuttosto a superficie irregolare, bitorzoluto, in alto è più regolare, leggermente tondeggiante, di consistenza elastica che fa quasi dubitare di una profonda fluttuazione; gode di una certa mobilità. Colla esplorazione si sente il collo uterino piccolo e al di sopra di esso, una gran tumescenza che occupa lo stretto superiore che si può respingere in alto e che è in continuazione diretta coll' istmo dell' utero: la consistenza che si rileva è diversa; in qualche parte elastica, in altre è fibrosa. Si fa diagnosi di fibroma uterino.

Il giorno 8 Maggio si pratica la laparotomia. Vuotata la vescica, incise le pareti addominali dal bellico alla sinfisi pubica e aperto il peritoneo si presenta un tumore fibroso a consistenza elastica, ma che ad onta di ciò non può essere sgusciato attraverso alla breccia addominale che deve essere prolungata in alto: resta con ciò facile l'estrazione

del voluminoso fibroma attraverso alla incisione addominale. Si trafigge il peduncolo con un laccio elastico e si stringono dapprima separatamente le due metà e poi insieme con un unico giro: i capi del laccio elastico incrociati vengono fissati con un filo di seta, quindi si esporta il tumore aprendosi la cavità uterina. Si regolarizza la superficie del peduncolo, si disinfetta la cavità cervicale con cotone imbevuto di sublimato al 1 0[00, e la si cosparge di jodoformio, poi con punti di catgut si riveste col peritoneo la superficie del peduncolo e lo si affonda. Con sutura intercisa si pratica la chiusura dell'addome senza drenaggio. Decorso post operativo regolare; la temperatura toccò solo per qualche ora i 38° in terza giornata, del resto fu sempre apiretica; in 8.ª giornata vengono tolti i punti superficiali, in 10.ª i profondi, coalito regolare. Il 12 Giugno esce dalla Clinica completamente guarita.

Il tumore del volume di un utero all'8.° mese pesava 3 kgr. ed era di forma ovoidea, tondeggiante, irregolare per parecchie tumescenze di diverso volume. Anteriormente si presenta di consistenza molle, elastica, quasi fluttuante, ed inciso si nota essere grandemente imbibito di sierosità. Il connettivo si mostra lasso fortemente edematoso con qua e là qualche cavità anch'essa ripiena di liquido sieroso. La cavità uterina della lunghezza di 8 cc. si trova sepolta nello spessore del tumore alla cui superficie esterna è respinta la parete muscolare uterina, assottigliata che circonda quasi tutta la neoformazione, tranne qualche nodo che sporge dalla muscolare.

In questi due casi la tecnica operatoria seguita è quella che già descrisse il prof. Cuzzi nel suo citato lavoro sul laccio elastico; trattasi quindi di affondamento intraperitoneale del peduncolo stretto con laccio elastico non rivestito da lembi peritoneali. Ora credo conveniente pel mio assunto passare in rivista un materiale più ampio, quello cioè che risulta dalle laparomiomotomie con laccio elastico, ma con trattamento retroperitoneale del peduncolo, eseguite dal prof. Mangiagalli secondo il processo da lui ideato e attuato, sia nel Comparto ostetrico-ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano che nella Clinica ostetrico-ginecologica dell'Università di Pavia, più alcuni della sua pratica privata. Del materiale di studio, gentilmente offertomi, debbo qui rendere sentite grazie al mio professore.

Nel redigere queste storie, per brevità, ho tralasciato quanto non era direttamente interessante al caso, restringendomi a riassumere i fatti principali, non annotando degli atti operativi e del loro decorso e della descrizione dei vari tumori, che quanto ebbe a deviare dalla norma o che potesse presentare qualche interesse.

In queste operazioni la tecnica operativa fu la seguente, tranne qualche modificazione nei diversi casi e che verrà accennata mano mano. Posizione di Trendelenburg, incisione delle pareti addominali sulla linea mediana, sgusciamento del tumore attraverso alla breccia laparotomica, incisione fra due allacciature o fra allacciatura e Klemmer sulla parte centrale degli annessi e dei legamenti rotondi d'ambo i lati, unione di queste per mezzo di due incisioni curvilinee comprendenti solo la sierosa anteriormente e posteriormente al tumore, dissezione di due lembi sierosi fino all'inserzione della vagina sul collo uterino, i lembi sono ineguali per lunghezza tenendosi più lungo di solito l'anteriore; applicazione di una sonda Nelaton per lo più dei N. 12 o 14 se il peduncolo è un po' grosso, dei N. 7 o 8 se è molto sottile, essa viene stretta sull'istmo e fissata con doppio filo in seta; escisione del tumore fissando il peduncolo mano mano con delle pinze uncinate applicate al disopra del laccio; cauterizzazione col Paquelin o con soluzione fenica al 10 0[0 della cavità cervicale e della superficie di sezione del peduncolo, riunione dei lembi peritoneali al disopra del moncone con punti staccati in seta; per la disuguaglianza dei lembi la linea di sutura è spostata all'indietro o all'avanti. Chiusura delle pareti addominali con sutura a punti staccati e in massa. In 12.ª giornata vengono tolti i punti di sutura.

I primi sei casi ora riferiti e a cui accenno soltanto, sono compresi nella tabella già pubblicata dal prof. Mangiagalli nella sua relazione al Congresso Medico internazionale di Roma, sul trattamento del peduncolo nella isteromiomectomia.

Casi compresi nella tabella del prof. Mangiagalli:

1. (N. 58). Bon. Filomena, di 46 anni, di Inzago. IIpara. Sviluppo rapido del tumore. Voluminoso fibroma a sviluppo infraligamentario. Operata il 12 Aprile 1873. Trattamento retroperitoneale. Legature con seta. Guarigione. Peso del tumore gr. 4500.

2. (N. 65.) Ponz. Francesca, d'anni 43, di Paderno. Nullipara. Fibroma a sviluppo infralig. destro e anteriore causante dolori. Operata il 14 Giugno 1893. Trattamento retroperitoneale. Guarigione.

3. (N. 73). Isel. Francesca, d'anni 30, di Milano. Un parto. Aumento rapido del ventre, dolori, emorragie. Voluminoso fibroma infralig. complicante gravidanza al terzo mese. Operata il 21 Settembre 1893. Trattamento retroperitoneale. Guarigione. Peso del tumore gr. 2600.

4. (N. 76). M. Orma, d'anni 40, di Castagna. Nullipara. Dolori, iscuria. Fibromiomi multipli a sviluppo infralig. Operata il 31 Ottobre 1893. Trattamento retroperitoneale. Legatura con seta. Guarigione. Peso del tumore gr. 2000.

5. (N. 77). Silv. Amalia, d'anni 48, di Verredo. Nullipara. Dolori, sviluppo rapido. Fibromi multipli, uno sottosieroso con torsione del peduncolo, l'altro infralig. sinistro. Operata il 24 Novembre 1893. Trattamento retroperitoneale. Legatura con seta. Guarigione. Peso del tumore gr. 1850.

6. (N. 78). Gir. Adele, d'anni 30, di Milano. Quattro aborti. Emorragie profuse. Fibromi multipli interstiziali sottosierosi e sottomucosi. Operata il 2 Dicembre 1893. Trattamento retroperitoneale del peduncolo. Legatura con seta. Guarigione. Peso del tumore gr. 950.

7. N. Luigia, d'anni 38, filatrice, nubile, domiciliata a Ello. Entra nel Comparto ostetrico-ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano, il 3 Gennaio 1894.

Nulla di notevole all'anamnesi remota, eccetto una pleurite sofferta 5 anni prima. Da tre mesi soffre intermittentemente di dolori addominali, difficoltà di emettere le feci e le urine; ha cefalea e digestione difficile, inoltre notò che l'addome andava aumentando di volume.

Esame generale. — Presenta di notevole un leggiero enfisema dei margini polmonari e un soffio aspro che sostituisce il secondo tono alla punta del cuore. Urine normali.

Esame locale. — Addome espanso come per una gravidanza al 5.° mese, e alla palpazione si rileva essere data da una massa a superficie irregolare, dura, indolente, poco spostabile, e che occupa i quadranti inferiori dell'addome fino a tre dita dal bellico, e rende difficile insinuare le dita fra essa e il contorno pelvico. Coll'esame combinato si rileva che lo scavo è occupato da una tumescenza che si continua con quella riscontrata all'addome, il collo presenta la portio vaginalis piccola, spinta fortemente verso l'arco pelvico anteriore, e nella parte sopravaginale continua subito colla tumescenza.

Diagnosi. — Fibroma uterino a sviluppo intraligamentario posteriore e laterale sinistro.

24 Gennaio 1894. Laparomiomectomia con trattamento retroperitoneale del peduncolo costretto da laccio elastico.

La connessione troppo estesa del tumore all'utero, non permettono di praticare della chirurgia conservativa. Fu laborioso lo sgusciamento del tumore dal suo letto. Si legarono le arterie uterine. Il laccio elastico venne messo quasi a ridosso della volta vaginale e la superficie del peduncolo risulta dell'ampiezza di una moneta di 5 centesimi.

Decorso post operativo: Leggeri rialzi di temperatura in 3.ª e 4.ª giornata, poi sempre apiretica. Peso del tumore gr. 1100.

8. R. Graziosa, d'anni 35, guantaia, nubile, di Milano, entra nel Comparto ostetrico-ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano il 16 Gennaio 1894. Nulla di notevole all'anamnesi remota. Pochi giorni prima fu colpita da dolori e in seguito da metrorragia.

Esame generale. — Nulla di notevole tranne un certo grado di anemia, poca purezza dei toni cardiaci, polso frequente oscillando sulle 130 pulsazioni al minuto. Urine normali.

Esame locale. — I quadranti inferiori addominali fino all'altezza del bellico sono occupati da una tumescenza tondeggiante liscia, dura, indolente, che coll'esame combinato si riconosce spingersi in basso, riempiendo la metà superiore dello scavo: il collo uterino nella sua parte vaginale molto piccolo è spinto all'indietro nel fornice posteriore.

Diagnosi. — Voluminoso fibroma interstiziale e sottosieroso incarcerato nella pelvi.

25 Febbraio 1894. Laparomiomectomia con trattamento retroperitoneale del peduncolo costretto dal laccio elastico.

Decorso post operatorio regolare, afebbrile.

Ai primi del mese di Aprile degendo ancora nel Comparto l'ammalata, avverte una perdita di muco-pus dalla vagina senza alcun rialzo di temperatura. Il giorno 8 Aprile elimina spontaneamente dal canal cervicale il laccio elastico, dopo di che cessa qualsiasi perdita.

Peso del tumore gr. 1700.

9. Salli Maria, 45 anni, Milano (Ospedale). Fibroma interstiziale del corpo. Operata il 9 Aprile 1894. Peso del tumore gr. 550. Guarigione.

10. Simon Assunta, 33 anni, di Milano. Tumore fibrocistico dell'utero a sviluppo infraligamentoso. Operata il 9 Maggio 1894 (Ospedale). Guarigione.

11. B. Carolina, d'anni 36, tessitrice, nubile, di Castellanza, entra nel Comparto ostetrico-ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano il giorno 8 Giugno 94. Nulla di notevole nell'anamnesi remota. Nullipara; da 15 giorni ebbe perdite sanguigne abbondanti.

Esame generale. — Si rileva nulla di anormale. Urina senza albumina.

Esame locale. — Modica tumefazione dell'addome nella regione sotto-ombellicale: alla palpazione si rileva l'esistenza di una tumescenza tondeggiante, irregolare nella superficie, mobile, indolente, che giunge fino all'altezza della cicatrice ombellicale e che colla palpazione si avverte che si spinge nella parte alta dello scavo posteriormente, mentre anteriormente si sente un nodo secondario molto duro.

Diagnosi. — Fibromi multipli interstiziali e sottosierosi.

12 Giugno 1894. Laparomiomectomia con trattamento retroperitoneale del peduncolo costretto dal laccio elastico.

Decorso post operativo afebbrile. Guarigione. Peso del tumore gr. 850.

12. C. Antonia d'anni 32, cuoca, nata a Gavi Ligure, dimorante a Milano. Entra nel Comparto ostetrico-ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano il 2 Ottobre 94.

Nulla di notevole all'anamnesi remota, è nullipara: l'ultima mestruazione che comparve nel Settembre u. s. era in ritardo di 21 giorni e la perdita sanguigna non è del tutto scomparsa, essa è accompagnata da dolori fissi nel quadrante inferiore sinistro. Nulla di anormale all'esame generale. Urine normali; negativo l'esame delle mammelle rispetto ad una presente gravidanza.

Esame locale. — All'addome coll'ispezione notasi una certa quale colorazione della linea onfalo-pubica. Colla palpazione si sente una tumescenza sulla linea espandentesi ai lati, irregolarmente tondeggiante, indolente, dura, non contraentesi sotto le manovre palpatorie. Coll'esplorazione la porzione vaginale del collo è normale; sulla volta vaginale espansa appoggiano a destra e a sinistra due masse tondeggianti dure, mobili, che fanno capo alla massa principale rilevata alla regione ipogastrica.

Diagnosi. — Fibromi multipli interstiziali e sottosierosi.

10 Ottobre 94. — Laparomiomectomia con trattamento retroperitoneale e laccio elastico. Fu laborioso lo sgusciamento della tumescenza principale per lo sviluppo intralegamentario delle due masse laterali.

Decorso post operatorio apiretico. Guarigione. Il tumore presenta un grosso nucleo miomatoso centrale da cui protendono otto protuberanze secondarie: incisa la parete uterina si riscontra nella cavità un uovo con un embrione della lunghezza di 3 cm. circa. Peso del tumore gr. 900.

13. R. Angela d'anni 30, nubile, operaia, nata e dimorante a Milano. Entra nel Comparto ostetrico-ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano il 2 Dicembre 94.

Nulla di notevole all'anamnesi remota: da un anno soffre per mestruazioni abbondanti e perdite sanguigne nei periodi intermenstrui; notò inoltre una tumescenza che dal bacino si elevò gradatamente fin sopra il bellico.

Esame generale. — Donna anemica: nulla di rilievo all'esame generale e del torace, organi ipocondriaci nei confini, urine normali.

Esame locale. — La regione sotto ombellicale è molto prominente per una tumescenza che l'occupa in totalità; essa è tondeggiante, liscia, di consistenza elastica che farebbe dubitare di una oscura fluttuazione, è poco mobile, permette di insinuare le dita fra essa e il contorno pelvico. Coll'esplorazione si rileva l'utero respinto all'indietro dalla tumescenza rilevata coll'esame addominale e che con un grosso segmento si introduce nello scavo.

Diagnosi. — Fibromioma molle della parete anteriore dell'utero.

6 Dicembre 94. — Laparomiomectomia con trattamento retroperitoneale e laccio elastico.

Decorso post operativo apiretico. Guarigione. Il tumore presentavasi coll'aspetto di tessuto gelatinoso contenente delle isole o nodi di tessuto bianchiccio, edematoso. Peso del tumore gr. 1200.

14. C. Antonia, d'anni 50, maritata, nata e domiciliata a Como. Entra nel Comparto ostetrico-ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano l'11 Dicembre 94.

Anamnesi. — Sofferse di vaiuolo; per tre volte gravida ebbe parti e puerperi regolari; null'altro di notevole nell'anamnesi remota. Da tre mesi la paziente accusa perdite sanguigne quotidiane, a volta metrorragiche.

Esame generale. — Spiccata oligoemia, ipertrofia della tiroide, al torace un soffio in 1.° tempo alla punta del cuore e rinforzo del 2.° tono alla base. Normali gli organi ipocondriaci. Urine normali.

Esame locale. — Addome di volume considerevole per una tumescenza tondeggiante a superficie alquanto irregolare, indolente, mobile così da poter infossare le dita fra essa e l'arco pelvico; col suo bordo superiore arriva a tre dita sopra la linea transversa ombellicale, il massimo diametro è diretto in senso trasversale, ha una consistenza elastica quasi lontanamente fluttuante. Coll'esplorazione si raggiunge il collo uterino normale, non si può differenziare il corpo dalla massa che occupa il grande bacino. La cavità uterina è di cm. 12. 5.

Diagnosi. — Fibroma uterino interstiziale e sottosieroso complicato da insufficenza mitrale.

Il 18 Dicembre 94 operata di laparomiomotomia con trattamento retroperitoneale del peduncolo costretto col laccio elastico.

Decorso afebbrile. Guarigione. Il tumore è del peso di gr. 4050.

15. Sf. Giuseppa, d'anni 40, servente, nubile, nata a Belgioioso, residente in Milano. Entra nel Comparto ostetrico-ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano il 21 Gennaio 1895.

Nulla di importante rilevasi all'anamnesi remota; da quattro anni soffre per dolori localizzati alla regione sotto-ombellicale che si esacerbano nella stazione eretta, e con fatica può attendere alle proprie occupazioni.

All'esame generale notansi cicatrici al collo da pregresse adeniti; agli organi toracici: respiro un po' aspro, e un soffio in primo tempo alla punta del cuore. Milza e fegato nei limiti normali. Urine senza albumina.

Esame locale. — Colla palpazione si avverte alla regione ipogastrica una tumescenza irregolarmente tondeggiante, consistente, indolente alla pressione, a superficie irregolare, fissa che si addentra entro la piccola pelvi. Negativa l'ascoltazione. Col riscontro vaginale: utero aumentato

di volume in lieve posizione extramediana sinistra, collo uterino normale; a destra del collo uterino si avverte una tumescenza tondeggiante un po' spostabile a superficie irregolare.

Diagnosi. — Fibromi multipli sottosierosi e interstiziali.

Il 6 Febbraio 95 viene operata. Laparomiomectomia con trattamento retroperitoneale e laccio elastico.

Decorso post operativo, apiretico. Peso del tumore gr. 450.

16. Br. Maria, d'anni 45, casalinga, maritata, nata a Magnago. Entra nel Comparto ostetrico-ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano il 10 Febbraio 95.

Nulla di notevole all'anamnesi remota: ebbe due gravidanze con parto e puerperi normali. Quattro anni prima fu colpita da febbre, vomito, tumefazione al ventre che l'obbligò a letto per un mese; da allora sofferse senso di peso al ventre, l'addome si manteneva tumefatto e si accorse inoltre di una tumescenza mobile nel basso ventre, del volume di una testa.

All'esame generale nulla di anormale, urine senza albumina.

Esame locale. — Addome notevolmente sviluppato, sporgente specialmente nella regione sotto-ombellicale. Colla palpazione si avverte una tumescenza che giunge fino al bellico e si spinge in basso entro la pelvi; essa è indolente, consistente, abbastanza mobile nella sua parte superiore. Coll'esplorazione si avverte una voluminosa tumescenza tondeggiante, dura, che penetra entro la piccola pelvi occupandone il terzo superiore, suscettibile di essere spostata, ma non respingibile fuori della pelvi: essa si continua con quelle rilevate colla palpazione addominale e si confonde coll'utero il cui collo è spostato in totalità contro l'arco pelvico anteriore.

Diagnosi. — Fibromi multipli dell'utero a prevalente sviluppo sottoperitoneale.

18 Febbraio 1895. Laparomiomectomia, trattamento retroperitoneale, laccio elastico.

Decorso post operativo apiretico. Peso del tumore gr. 1850.

17. R. Angela, d'anni 36, cucitrice, vedova, di Milano. Entra nel Comparto ostetrico-ginecol. dell'Ospedale Magg. di Milano il 20 Febbraio 95.

Anamnesi. — Sofferse di ileotifo: ebbe una gravidanza con parto e puerperio normali; da cinque anni mestruazioni abbondanti che dall'Ottobre 95 si fecero metrorragiche, da qualche mese si accorse che il ventre andava aumentando di volume.

Esame generale. — Nulla di notevole, urine normali.

Esame locale. — Addome disteso per una tumescenza dura, irregolare, indolente, spostabile, che coll'esame combinato si riscontra fusa col corpo uterino: la porzione vaginale del collo normale per volume e caratteri tattili è portata all'indietro e in alto.

Diagnosi. — Fibromi uterini multipli prevalentemente interstiziali.

23 Febbraio 95. — Laparomiomectomia con trattamento retroperitoneale del peduncolo costretto dal laccio elastico. (Operata dal dottor Della Porta).

Decorso post operatorio afebbrile; verso il 10 Marzo si manifesta un legger aumento di volume della coscia sinistra, per lieve flebite: guarisce colla fasciatura dell'arto e posizione declive. Guarigione. Peso del tumore gr. 950.

18. B. Giovanna, d'anni 37, casalinga, maritata, di Milano. Entra nel Comparto ostetrico-ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano il 12 Febbraio 95.

Nulla di notevole nell'anamnesi remota, nullipara: da un anno le mestruazioni divenute menorragiche sono accompagnate da dolori.

Esame generale. — Nulla si rileva di anormale: urine senza albumina.

Esame locale. — Addome sviluppato come in una gravidanza al 6.° mese per una tumescenza che sorge dalla pelvi e occupa i quadranti inferiori fino a un dito trasverso sopra il bellico. Essa è tondeggiante, dura, indolente, spostabile così da permettere di insinuare le dita dietro l'arco pelvico anteriore. Coll'esplorazione il collo si rileva piccolo e nella porzione sopravaginale si espande nella massa rilevata colla palpazione; il tutto può essere respinto col dito esploratore.

Diagnosi. — Fibroma interstiziale del corpo dell'utero.

25 Febbraio 1895. Laparomiomectomia con trattamento retroperitoneale del peduncolo costretto col laccio elastico.

Decorso post operativo afebbrile. Guarigione. Peso del tumore gr. 1350. All'uscita, coll'esplorazione si riscontra il moncone uterino di grandezza normale, mobile, indolente. Nessuna traccia di fatti infiammatori: fornici liberi.

19. C. Carlotta, d'anni 45, casalinga, maritata, di Milano. Entra nel Comparto ostetrico-ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano il 24 Febbraio 95.

Anamnesi. — Le morì la madre per cardiopatia; sofferse a 25 anni di gastrite, a 35 di risipola, ebbe una gravidanza con parto e puerperio regolari. Da un anno si accorse che l'addome andava aumentando di volume e da due mesi soffre per metrorragia.

Esame generale. — Nulla di notevole, urine senza albumina.

Esame locale. — Addome sviluppato come in una gravidanza al sesto mese che colla palpazione si rileva essere causato da una tumescenza regolare, ovoidea, che arriva fin quasi alla cicatrice ombellicale; accanto a questa se ne percepisce un'altra più piccola che occupa il quadrante inferiore destro di consistenza più dura. Il tumore è poco mobile, indolente alla pressione. Col riscontro vaginale si sente la porzione vaginale del collo piuttosto piccola, il corpo uterino in parte ri-

conoscibile e individualizzabile è spostato contro l'arco pelvico anteriore, lo scavo nella sua metà superiore è occupato da una tumescenza che si continua con quella rilevata colla palpazione.

Diagnosi. — Fibroma uterino a prevalente sviluppo interstiziale.

5 Marzo 95. — Laparomiomectomia con trattamento retroperitoneale del peduncolo costretto dal laccio elastico.

Decorso post operatorio: qualche lieve rialzo di temperatura che non supera 38. 4 nei primi giorni. Più tardi si manifesta una forma di delirio per cui viene trasportata in altra sala. Guarigione dell'atto operativo. Peso del tumore gr. 2250.

20. M. Teresa d'anni 50, maritata, contadina di Castelletto Po. Entra in Clinica ostetrico-ginecologica di Pavia il 4 Gennaio 95.

Anamnesi. — Mestruazioni abbondanti e irregolari nella comparsa, 2 gravidanze interrotte abortivamente al 4.° e 5.° mese, l'ultima 22 anni or sono. Dal Giugno scorso ebbe perdite sanguigne abbondanti e continuate, il medico riconosciutala affetta da fibroma tentò di moderare la perdita sanguigna ricorrendo all'ergotina, ma con scarsi vantaggi; da ultimo alle perdite essendosi aggiunti la leucorrea e i dolori all'ipogastrio e aumentando rapidamente il tumore pensò di ricorrere alla Clinica.

Esame generale. — Nulla di anormale, nessun elemento patologico nelle urine.

Esame locale. — Addome disteso, tumefatto fino un po' sopra della linea ombellicale trasversa. Alla palpazione si sente un voluminoso tumore della forma e volume di un utero gravido al 7.° mese, che dal bacino si porta in alto nella linea mediana fin sopra il bellico. Coll'esplorazione si rileva che il collo uterino ha l'orificio esterno leggermente permeabile, l'interno è chiuso: al collo fa seguito il corpo enormemente ingrossato, liscio, tondeggiante di consistenza fibrosa.

Diagnosi. — Voluminoso fibroma uterino interstiziale e sottomucoso del fondo e della parete posteriore.

18 Marzo 1895. Laparomiomectomia con trattamento retroperitoneale del peduncolo stretto col laccio elastico. L'atto operativo riesce complicato pel fatto che non si può ottenere per l'inadatta ferma del tavolo da operazione la posizione del Trendelenburg, quindi le anse intestinali fuoriuscite non possono essere ridotte che alla fine dell'atto operativo: un klemmer imperfetto posto sugli annessi di destra sfuggendo alla presa lascia inondare di sangue il campo operativo; vi si ripara coll'applicazione di altri klemmer. Dopo la toelette peritoneale prima di chiudere l'addome si applica un tubo da drenaggio dallo spazio del Douglas alla ferita laparotomica. Chiusura dell'addome con sutura in seta a punti staccati.

Decorso post operatorio apiretico. Guarigione. Il tumore è del

peso di gr. 1250: internamente con aspetto molle gelatinoso si direbbe quasi di mixoma, ma che non viene confermato dall'esame microscopico praticato.

21. B. Virginia, d'anni 32, casalinga, nubile, di Milano. Entra nel Comparto ostetrico-ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano il 27 Marzo 95.

Anamnesi. — Le morì il padre per tabe dorsale; nullipara, da due anni soffre per dolori e senso di peso al basso ventre.

Esame generale. — Nulla di notevole, urine senza albumina.

Esame locale. — Addome sviluppato nella regione sotto-ombellicale per una tumescenza che colla palpazione si rileva essere dura, liscia, indolente, spostabile che può essere suddivisa in due porzioni, una alta e una più bassa infossantesi nello scavo. Coll'esame combinato si rileva che detta tumescenza è in istretto rapporto coll'utero col quale ha comuni i movimenti: il collo uterino è piccolo e spinto all'innanzi contro l'arcata pelvica da una grossa tumescenza che occupa lo spazio del Douglas e che si continua colla parete posteriore del corpo uterino.

Diagnosi. — Fibroma uterino interstiziale e sottosieroso.

4 Aprile 1895. Laparomiomectomia con trattamento retroperitoneale del peduncolo costretto dal laccio elastico.

Decorso post operatorio afebbrile. Guarigione.

22. M. Beatrice, d'anni 42, maritata, contadina, da Semiana. Entra in Clinica ostetrico-ginecologica di Pavia il 23 Dicembre 94, N. 4597 di cedolino.

Anamnesi. — Ebbe 9 gravidanze, 7 con parti e puerperii normali, 2 interrotte abortivamente al 5.° mese; l'ultima gravidanza avvenne otto anni fa; da cinque anni le mestruazioni assunsero un tipo menorragico, da un anno le perdite sono quasi continue. S'accorse del tumore cinque anni fa, perchè lavorando fu colpita da dolori al ventre, dopo dei quali venne in scena copiosa emorragia. Quattro anni fa nella stessa Clinica venne curata con iniezioni sottocutanee di ergotina e con applicazioni elettriche; ebbe sentito miglioramento. Nel Novembre 93 però si manifestarono ancora le emorragie che continuando, vennero curate ancora coll'ergotina; migliorò ancora, ma più tardi ricomparvero, per cui fu costretta a riparare nella Clinica.

Esame generale. — Negativo, urine normali.

Esame locale. — Addome sviluppato come per una gravidanza all'8.° mese, spingendosi per circa 10 cm. sopra il bellico. Coll'esplorazione si nota che il fornice posteriore è disteso dal polo inferiore del tumore che scende fino nella parte alta dello scavo, duro, liscio, un po' spostabile. Il collo uterino è un po' raccorciato e permeabile al dito esploratore.

Diagnosi. — Voluminoso fibroma uterino interstiziale sottomucoso.

8 Aprile 1895. Laparomiomotomia con trattamento retroperitoneale del peduncolo stretto dal laccio elastico. Applicato il laccio elastico, escidendo la massa soprastante, si vede che questa penetra nella cavità cervicale ma il tumore rialzandosi, permette di formare col collo uterino sano un peduncolo stretto.

Decorso post operatorio apiretico. Guarigione. Peso del tumore gr. 3265. Nel mese di Dicembre del 95 la paziente si ripresenta in Clinica accusando una leggiera leucorrea; accolta e visitata si trovò che faceva capolino all'orificio uterino esterno il laccio elastico fissato ancora dai lacci di seta. Estratto facilmente con una pinza, scomparve la leucorrea nè coll'esplorazione si poterono riscontrare fatti infiammatori peripeduncolari.

23. P. Maria, d'anni 21, operaia, nubile, di Bovisa. Entra nel Comparto ostetrico-ginecol. dell'Ospedale Maggiore di Milano il 10 Aprile 1895.

Anamnesi. — Nulla di notevole all'anamnesi remota, nullipara; da poco tempo si è accorta di una tumescenza che va aumentando di volume.

Esame generale. — Nulla di notevole: urine normali.

Esame locale. — Addome sviluppato come in una gravidanza al 5.° mese per una tumescenza che alla palpazione si riscontra sorgere dal bacino per elevarsi fino ad un dito sotto la cicatrice ombellicale: è dura, fissa, indolente. Coll'esplorazione vaginale si rileva che l'utero deformato è immedesimato colla tumescenza già rilevata, lievemente spostabile in alto, deprime il fornice vaginale anteriore e laterale destro: la porzione vaginale del collo piccola è sospinta all'indietro nel fornice posteriore.

Diagnosi. — Fibroma uterino interstiziale.

23 Aprile 1895. Laparomiomectomia con trattamento retroperitoneale del peduncolo costretto dal laccio elastico. Riesce laborioso lo sgusciamento del tumore. (Operata dal dott. Della Porta).

Decorso post operatorio afebbrile. Guarigione.

Peso del tumore gr. 750.

24. C. Flaminia, d'anni 23, nubile, contadina, di Castana. Entra in Clinica ostetrica ginecologica di Pavia il 25 Marzo 1895, N. 1116 di cedolino.

Anamnesi. — Nulla di notevole all'anamnesi remota. Da un anno si accorse di una tumescenza che andava svolgendosi nel basso ventre e specialmente a destra. Comparvero più tardi dolori all'ipogastrio, difficoltà nell'urinare e defecare, inappetenza, dispepsia, qualche leggero rialzo febbrile, per cui fu costretta a letto. Le mestruazioni che prima furono sempre regolari diedero luogo da ultimo ad una discreta emorragia.

Esame generale. — Nulla di anormale. Urine senza albumina nè altri elementi patologici.

Esame locale. — Addome tumido nei quadranti inferiori per una tumescenza dura che parte dal mezzo della regione pelvica e che gode di una discreta mobilità tanto in senso laterale che in senso verticale. Il collo uterino all' esplorazione si percepisce alquanto rammollato e spinto contro la sinfisi pubica: dalla porzione sopravaginale del collo si stacca il tumore che si innalza nell'addome godendo di discreta mobilità.

Diagnosi. — Voluminoso fibroma uterino interstiziale e sottomucoso.

3 Maggio 1895. Laparomiomectomia con trattamento retroperitoneale del peduncolo stretto col laccio elastico.

Decorso post operatorio apiretico. Guarigione.

25. F. Matilde, d'anni 42, nubile, di Ascona (Svizzera). Entra in Clinica ostetrico-ginecologica di Pavia il 6 Maggio 1895, N. 1767 di cedolino.

Anamnesi. — A 16 anni sofferse di bronchite, nullipara; da 4 anni le menstruazioni si fecero molto abbondanti, da un anno e mezzo cominciò a soffrire dolori al basso ventre e frequente bisogno di orinare. Riconosciuta affetta da tumore venne inviata a questa Clinica.

Esame generale. — Nulla di notevole. Orina normale.

Esame locale. — L'addome è sviluppato specialmente nei quadranti inferiori per una tumefazione dura, indolente, che sorge dallo stretto superiore, e che coll'esplorazione si riscontra congiunta intimamente col corpo uterino. Il collo uterino presentasi normale.

Diagnosi. — Fibromi multipli sottosierosi ed interstiziali.

12 Giugno 1895. Laparomiomectomia con trattamento retroperitoneale del peduncolo stretto dal laccio elastico.

Decorso post operatorio apiretico. Guarigione.

Peso del tumore gr. 620, di forma irregolare, bernoccoluto per numerosi nodi fibromatosi sottoperitoneali.

26. C. Ernesta, d'anni 42, maritata, cucitrice, di Agazzano. Entra in Clinica ostetrico-ginecologica di Pavia il 15 Giugno 1895.

Anamnesi. — Nulla di notevole all'anamnesi remota: dal Novembre u. s. soffre di dolori al quadrante inferiore sinistro, e dal medico venne riconosciuta affetta da tumore. Le mestruazioni compaiono ora due volte al mese.

Esame generale. — Niente di anormale, urine senza albumina nè zucchero.

Esame locale. — Addome disteso come in una gravidanza alla fine del 7.° mese da una massa irregolare, dura, indolente, mobile, costituita dall'unione di tre masse secondarie. Si riesce abbastanza bene a insinuare l'apice delle dita fra il tumore ed il contorno pelvico. Piccola ernia ombellicale. Coll'esplorazione si rileva che la porzione vaginale del collo breve, piccola, è scostata verso l'arco pelvico anteriore.

Diagnosi. — Fibromi multipli sottosierosi e interstiziali.

1.° Luglio 1895. Laparomiomotomia con trattamento retroperitoneale del peduncolo stretto con laccio elastico.

Decorso post operatorio: apiretico nel 1.° giorno dell'operazione, durante il 2.° si ha un rialzo di temperatura fino ai 38. 5, P. 110. Col cateterismo si nota che all'estrazione del catetere vi ha spasmo della vescica coll'emissione di qualche goccia di sangue. In terza giornata continua, anzi si accentua il rialzo di temperatura da toccare i 39°, il P. sale a 132, vi è anuria. La donna si mostra debole, inquieta e viene a soccombere il giorno 4 mattina.

Autopsia (eseguita dal prof. Monti). — Normali il cervello e gli organi toracici e addominali; negativo l'esame batteriologico e le colture del succo della milza e del peritoneo. Nessuna traccia di peritonite. Peduncolo in ottime condizioni: l'unica lesione che si riscontrò fu una piccola bottoniera che si osservò sulla cupola della vescica e che non si sa come fosse stata prodotta e che passò inosservata durante l'atto operativo. Forse essa è stata prodotta dal fatto che essendo stato il lembo anteriore afferrato da una pinza a T, ed essendosi quindi arrovesciato il pesante tumore sul pube, onde formare il lembo posteriore, essendosi la pinza disposta di fianco venne a premere la vescica contro il pube. Se essa sia stata causa della morte resta dubbio per la mancanza di peritonite.

27. M. Rosalinda, d'anni 39, maritata, casalinga, di Fara d'Adda. Entra in Clinica ostetrico-ginec. di Pavia il 22 Nov. 95, N. 4250 di cedolino.

Anamnesi. — Sofferse di scarlattina a 5 anni; ebbe 6 gravidanze, 5 con parto a termine e puerperi normali, una interrotta abortivamente al 3.° mese. Da 3 anni si accorse della presenza nella parte bassa del ventre di un corpo tondeggiante, duro, il quale andò gradatamente crescendo di volume, senza arrecare però altri disturbi; solo da un anno incominciarono delle abbondanti perdite di sangue all'epoca menstruale.

Esame generale. — Nulla di notevole, urine normali.

Esame locale. — L'addome è tumefatto nei quadranti inferiori in modo uniforme per un corpo che colla palpazione si riscontra avere la forma ed il volume di un utero gravido al 6.° mese, di consistenza dura, indolente, regolare nella superficie e che si spinge entro la pelvi; coll'esplorazione si riscontra la porzione vaginale del collo di volume e consistenza normale, il tumore che si palpa all'addome fa corpo coll'utero e può essere facilmente sollevato in alto.

Diagnosi. — Fibroma uterino interstiziale e sottomucoso.

18 Dicembre 95. — Laparomiomotomia, con trattamento retroperitoneale del peduncolo stretto col laccio elastico.

Decorso post operatorio: leggero rialzo di temperatura verso la 4.ª e 5.ª giornata, scomparso dopo la somministrazione di un purgante. Guarigione. Peso del tumore gr. 2100.

28. M. Luigia, d'anni 49, maritata, contadina, di Pieve Portomorone. Entra in Clinica ostetrico-ginecologica di Pavia il 16 Ottobre 1895, N. 3746 di cedolino.

Anamnesi. — Ebbe tre gravidanze, di cui la 1.ª con esito di parto a termine, le ultime due di aborto al 2.º mese. Da due anni è nella menopausa. Otto anni fa si accorse della presenza di un tumore al ventre il quale senza recarle relativamente gravi molestie, andò sempre mano mano aumentando.

Esame generale. — Nulla di notevole. Orine con lieve traccie di albumina. Negativo l'esame microscopico del sedimento.

Esame locale. — Addome tumefatto come in una gravidanza al 7.º mese, per una tumescenza che occupa i quadranti inferiori arrivando a due dita sopra il bellico. Detto tumore sorge dal bacino, ha consistenza elastica, quasi fluttuante, gode di una certa mobilità. Col riscontro vaginale si nota che il collo dell' utero ha una direzione obliqua, dall'alto al basso e da sinistra a destra.

Diagnosi. — Voluminoso fibroma uterino.

21 Dicembre 1895. Laparomiomotomia, con trattamento retroperitoneale del peduncolo stretto dal laccio elastico.

Decorso post operatorio, apiretico. Guarigione.

Il tumore è del peso di gr. 2800.

29. V. Maria, d'anni 32, nubile, di Vernate, entra in Clinica ostetrico-ginecologica l'11 Novembre 1895, N. 4232 di cedolino.

Anamnesi. — Nulla di importante all'anamnesi remota. Da più di un anno si accorse di una tumescenza che andava svolgendosi alla parte bassa del lato destro dell'addome. Da otto mesi le mestruazioni incominciarono a farsi irregolari per la comparsa anticipata e per l'aumentata quantità e pei dolori che l'accompagnavano: ritornate nella norma si mantennero però vivi dolori addominali per cui ricorse a questa Clinica.

Esame generale. — Nulla di notevole, non venne però praticato l'esame delle urine.

Esame locale. — Addome sviluppato come in una gravidanza al 4.º mese per una tumescenza bilobata che ne occupa la parte bassa, di consistenza dura, irregolare nella superficie, indolente, limitatamente spostabile: i due lobi sembrano completamente divisi, specialmente nella loro parte superiore, il più voluminoso arriva inoltre fino all'altezza del bellico. All'esplorazione si sente il collo dell'utero normale, al disopra di esso il corpo dell'utero intimamente connesso con due masse che partono dal suo fondo: la superficie uterina, specialmente la posteriore, è irregolare.

Diagnosi. — Fibromi multipli sottosierosi dell'utero.

28 Dicembre 1895. Laparomiomotomia con trattamento retroperi-

toneale del peduncolo costretto col laccio elastico. Al lobo di mioma più voluminoso erano aderenti in modo spiccato dei larghi tratti di omento che in massima parte si è costretti a incidere previa legatura: all'estremo destro del tumore è aderente un grosso cordone biancastro che non si può scollare, è l'appendice del cieco esageratamente lunga che viene incisa fra due allacciature, la parte centrale sfugge e va a urtare contro l'omento colla superficie di sezione dalla quale geme un liquido denso cenerognolo. Si deterge e si disinfetta la parte dell'omento toccata dall'appendice, quindi con una pinza Péan si assicura questa ravvolta in garza fuori del cavo addominale fino alla fine dell'atto operativo. Si esporta quindi l'utero e i nodi fibromatosi col consueto metodo: indi prima di riporre l'omento al davanti delle anse intestinali si distacca per un tratto l'appendice dal suo mesentere, si escide un tratto ancora di appendice, si cauterizza il moncone con soluzione fenica al 10 0[0 e con sutura alla Lambert si riveste col mesentere previamente scollato la superficie di sezione dell'appendice.

Decorso post operatorio. — Il primo giorno dell'operazione, mentre la temperatura era normale, si notava una certa frequenza nel polso (95-100 al minuto); il giorno 29 la temperatura toccò un *maximum* di 37. 5 alle ore 19 1[2, il polso si mantenne frequente, 108. Le urine, che già all'esame di quelle estratte subito prima dell'operazione avevano mostrato contenere albumina, ora si presentavano di color giallo carico, limpide, trasparenti, acide, peso sp. 1032, contenevano albumina in discreta quantità (1[2 per mille coll'albuminometro di Esback), urati in gran copia. Il sedimento al microscopio conteneva cilindri jalini e granulosi e cellule renali senza segni di degenerazione adiposa.

Il giorno 30 la temperatura si eleva di qualche decimo, ma raggiunge solo e fugacemente i 38. 1, il polso si fa più piccolo e più frequente; diminuisce la secrezione urinaria, e mentre nel giorno precedente aveva raggiunto i 600 cc., il 30 fu circa di 120 cc. nelle ore antimeridiane, poi non se ne ottennero più. L'esame chimico mostra aumentata la albumina, e al microscopio si riscontrano anche dei globuli rossi in discreta quantità. Si fecero nella giornata delle iniezioni di 1[2 milligr. di stricnina e di olio canforato, ma il polso andò mano mano peggiorando, e alle 2 del 31 Dicembre venne a soccombere.

Reperto necroscopico. — L'autopsia venne eseguita dal prof. Monti il 1.° Gennaio 1896. — *Capo.* Nulla di notevole alle meningi, notevole stato iperemico del cervello. — *Torace.* Il polmone sinistro con spiccati segni di ipostasi nel lobo inferiore; apici un po' raggrinzati ma senza traccie di tubercoli antichi o recenti. Cuore piccolo, con abbondante strato di adipe sottopericardico, le pareti del cuore sono flaccide ed il miocardio appare gialliccio per evidente degenerazione grassa. Normale il liquido pericardico. Nulla di notevole nelle cavità pleuriche. — *Addome.* Meteoritico, disteso da gaz intestinali. Nessun segno

di peritonite, non pseudomembrane, non essudato libero nel cavo peritoneale. Al cieco si osserva solo un piccolissimo monconcino di appendice vermiforme senza segni di fatti infiammatori. Il fegato è notevolmente più piccolo della norma, e tale piccolezza si osserva principalmente a danno del lobo sinistro ridotto ad una piccola e sottile striscia di tessuto epatico; anche il lobo destro però è più piccolo della norma. Il fegato appare di colore spiccatamente giallo tanto all'esterna superficie quanto profondamente per avanzata degenerazione adiposa. Nulla di notevole alla cistifellea. La milza è alquanto più grossa della norma con inspessimento del suo involucro, del resto nulla presenta di particolarmente morboso. Si fanno colture del succo splenico.

I reni sono entrambi un po' più grossi della norma e presentano spiccati segni di nefrite cronica riacutizzata. La sostanza corticale più sottile del normale è giallastra e su di essa spiccano le piramidi della sostanza midollare fortemente iniettata.

Nello spazio del Douglas si osserva scarsa quantità di liquame sanguinolento. Il moncone uterino è perfettamente ricoperto della sierosa; esportatolo esso ha la forma di un utero con dimensioni diminuite specialmente nel senso longitudinale: emostasi perfetta, nessun segno di fatti infiammatori nel peritoneo che lo riveste. Tagliati i fili che ricuciscono i lembi peritoneali, si osserva che il moncone è rivestito da un sottile strato di sangue, rimosso il quale si vede il laccio che serra la cervice uterina a circa mezzo centimetro al disopra dei fornici vaginali, il laccio è in sito e stringe bene il moncone; nessun fatto infiammatorio accanto ad esso. Le colture rimasero sterili per rispetto allo sviluppo di piogeni o del *bacterium coli*.

Epicrisi. — Nefrite cronica riacutizzata.

Il tumore esportato è formato da due masse distinte distaccate entrambe dal fondo uterino al disopra delle inserzioni delle tube e del volume una di una melarancia, l'altra della testa di fanciullo; sulla parete posteriore dell'utero si notano dei piccoli nodi fibromatosi. Peso della massa esportata gr. 970.

30. F. Palmira, d'anni 36, nubile, maestra, di Codogno. Entra in Clinica ostetrico-ginec. di Pavia il 12 Dicembre 95, N. 4483 di cedolino.

Anamnesi. — Nessuna malattia pregressa, nullipara. Le mestruazioni fino ai 20 anni regolari si fecero abbondanti e comparvero due volte al mese, a 26 anni fu colta da metrorragia con dolori addominali e allora si accorse della presenza al basso ventre di una tumescenza dura tondeggiante. Migliorata coll'uso dell'ergotina notò però che la tumescenza andava gradatamente aumentando e nell'Agosto u. s. fu di nuovo colta da emorragia seguita da scolo sanguigno atipico.

Esame generale. — Nulla di notevole. Le urine contengono traccia di albumina, ma non elementi anormali all'esame del sedimento.

Esame locale. — Addome sviluppato come in una gravidanza al 7.° mese circa, più a destra che a sinistra per un tumore voluminoso di forma ovoidea più sviluppato in alto e a destra, indolente, spostabile nel senso laterale e verticale. La porzione vaginale del collo è molto piccola, il segmento uterino inferiore è irregolarmente espanso, ed il corpo è immedesimato colla tumescenza rilevata colla palpazione.

Diagnosi. — Fibroma dell'utero interstiziale e sottomucoso.

30 Dicembre 1895. Laparomiomotomia con trattamento retroperitoneale del peduncolo stretto con laccio elastico.

Decorso post operativo, apiretico. Guarigione. All'uscita, 18 Febbraio, condizioni generali molto migliorate. Localmente il moncone piccolo è mobile senza traccia di fatti infiammatori peripeduncolari. Peso del tumore gr. 1570.

31. R. Demetria, d'anni 27, maritata, casalinga di Milano. Entra in Clinica ostetrico-ginecologica di Pavia il 14 Febbraio 96, N. 622 di cedolino.

Anamnesi. — Nulla di notevole all'anamnesi remota, nullipara: da circa un anno e mezzo aumentarono per quantità le perdite mestruali e si accompagnarono a dolori e leucorrea: questi disturbi andarono aumentando fino ad impedirle negli ultimi mesi di attendere alle proprie occupazioni domestiche; contemporaneamente a questo notò l'insorgere di una tumefazione dura dolente alla regione ipogastrica.

Esame generale. — Nulla di notevole. Urine con traccia lieve di albumina, ma all'esame del sedimento non riscontrasi alcun elemento anormale.

Esame locale. — Addome sviluppato come in una gravidanza dal 5.° al 6.° mese per una tumescenza dura, liscia, regolare, indolente, spostabile. Coll'esplorazione il collo piccolo, con orificio esterno non permeabile al dito non presenta nulla di anormale: si riconfermano i dati rilevati colla palpazione.

Diagnosi. — Fibroma interstiziale e sottomucoso dell'utero.

2 Marzo 96. — Laparomiomotomia con trattamento retroperitoneale del peduncolo stretto dal laccio elastico.

Decorso post operativo, apiretico, guarigione. All'uscita dalla Clinica (28 Marzo) si sente coll'esplorazione vaginale il muso di tinca piccolo: attraverso al fornice vaginale anteriore si sente il piccolissimo moncone sopravaginale e i due capi del laccio elastico, il moncone è mobile, senza aderenze nè fatti infiammatori. Peso del tumore gr. 1350.

32. C. Claudina, d'anni 48, vedova, benestante, di Cassano Magnago. Entra in Clinica ostetrico-ginec. l'11 Aprile 1896, N. 1408 di cedolino.

Anamnesi. — Nulla di notevole all'anamnesi remota. Ebbe una gravidanza con parto e puerperio normali. Da tre anni le mestruazioni, prima scarse, si fecero abbondanti con perdita di sangue anche nei

periodi intermestrui, comparvero abbondanti perdite leucorroiche e contemporaneamente si accorse di una tumescenza all'addome accompagnata da dolori ai lombi e all'addome. Riuscita inefficace una cura con hydrastis a domicilio ricorse alla Clinica.

Esame generale. — Nulla di notevole. Urine normali.

Esame locale. — Addome sviluppato come in una gravidanza al 6.º mese, trattabile, indolente; colla palpazione si sente un tumore del volume di una grossa testa d'adulto, duro, a superficie alquanto irregolare e che si insinua nella pelvi con un grosso polo inferiore. Collo uterino spostato all' indietro, piccolo: al davanti di esso si sente un grosso lobo del tumore liscio, duro, che gode di una discreta mobilità in senso verticale, ma che con difficoltà si riesce a sospingere al disopra dello stretto superiore. Il collo uterino è in intima connessione col lobo sopradetto e col tumore che si palpa all'addome.

Diagnosi. — Fibroma interstiziale dell' utero.

24 Aprile 1896. Laparomiomotomia con trattamento retroperitoneale del peduncolo stretto del laccio elastico.

Decorso post operatorio afebbrile. Guarigione. All' uscita si rileva coll'esplorazione il peduncolo piccolo, mobile, nessun fatto infiammatorio peripeduncolare. Peso del tumore gr. 1350.

33. F. Rosa, d'anni 38, nullipara (pratica privata). Dolori vivi all'addome. Fibromi multipli con idrosalpinge sinistra. Laparomiomectomia al 17 Maggio 1894. Guarigione. Circa sei mesi dopo elimina senza alcun disturbo il laccio elastico dal canale cervicale.

34. B. Ester maritata M., d'anni 31 (pratica privata) già curata colla cura elettrica, e coll' ablazione degli annessi. Laparomiomectomia il 16 Febbraio 1895. Guarigione.

35. A. Giuseppina (pratica privata). Fibromi multipli. Laparomiomectomia il 5 Maggio 1895. Guarigione.

36. C. Giovanna, d'anni 52 (pratica privata). Fibromi multipli. Laparomiomectomia il 25 Giugno 1895. Guarigione.

37. T. Teresa, d'anni 30 (pratica privata). Fibromi multipli interstiziali e sottosierosi a parziale sviluppo infralegamentario. Laparomiomectomia il 31 Ottobre 1895. Guarigione.

38. M. P. Maria (pratica privata). Laparomiomectomia, l'1 Novembre 1895. Peso del tumore gr. 1200. Guarigione.

39. S. Daria (pratica privata). Laparomiomectomia il 3 Dicembre 95. Peso del tumore gr. 2900. Guarigione.

40. V. Ermellina (pratica privata). Laparomiomectomia il 19 Dicembre 1895. Ebbe un focolaio di polmonite destra 23 giorni dopo l'operazione. Peso del tumore gr. 1300. Guarigione,

41. L. Lena (pratica privata). Laparomiomectomia il 22 Dicembre 95. Peso del tumore gr. 1800. Guarigione.

42. A. Matilde (pratica privata). Laparomiomectomia il 9 Giugno 96. Peso del tumore gr. 1420. Guarigione.

Per non andare incontro ad inutili ripetizioni e per semplificare il mio compito, io non intendo di prendere in speciale considerazione la parte storica dell'argomento, ma piuttosto di tenere quale punto di partenza, pei due argomenti che più mi interessano, il citato lavoro del prof. Cuzzi e le relazioni e successive discussioni sul trattamento del peduncolo nella miomectomia avvenute al Congresso internazionale di Roma nel 1894. A quel Congresso non si può certamente dire che l'accordo sia stato completo: infatti il Mangiagalli tende ad un certo ecclettismo nel quale però si intravede la sua preferenza per il metodo retroperitoneale, e vorrebbe in parte riservato il trattamento esterno del peduncolo e l'isterectomia addominale a determinate contingenze cliniche; il Martin sostiene colle sue brillanti statistiche l'estirpazione completa dell'utero miomatoso dalla via addominale; ed il Dimitri de Ott, limitata la estirpazione totale dell'utero a quando la conservazione del collo uterino può opporsi alla guarigione completa dell'ammalata, pratica negli altri casi la uteromiomectomia sopravaginale semplificata, trattando il peduncolo sul tipo della ovariotomia senza rivestirlo col peritoneo, drenando il canale cervicale con uno stoppino jodoformizzato. Infine, per completare le diverse preferenze rispetto ai vari metodi operativi, ricorderò come il Bantock nella sua comunicazione si mostrava ancora fedele al trattamento extraperitoneale.

Mi pare quindi che con ragione si possa ritenere che la questione al Congresso internazionale di Roma, sia rimasta perfettamente insoluta, e che probabilmente lo sarà ancora per un certo tempo, perchè quando con metodi diversi si è giunto ad abbassare la mortalità in modo che questa si aggiri sul 5 o 6 per cento, si comprende come argomenti decisivi non si possano portare pro o contro i diversi metodi operatorii. Ma se ginecologi, quali il Martin, giunsero ad abbassare il limite della mortalità nella estirpazione totale dell'utero fino al 3 per cento, è nostro dovere però ricordare come questo atto operativo, per quanto semplificato, se corre facile e spedito per gli operatori provetti, può invece presentare serie difficoltà per chi non è da tempo addestrato alla chi-

rurgia addominale, e ciò anche per confessione di chi ne fu ed è valido sostenitore. Mi basterà in proposito ricordare l'opinione del Chroback, e come il Richelot dopo aver seguito diversi metodi di trattamento del peduncolo e con eccellenti risultati, pur preferendo ora l'isterectomia totale addominale abbia creduto opportuno semplificarne il tecnicismo in vista delle sue difficoltà.

Per queste ragioni mi pare non del tutto fuori di proposito ancora adesso di esaminare un po' dettagliatamente la questione del trattamento del peduncolo, dividendo i diversi metodi in due grandi serie: 1.° trattamento semplice del peduncolo considerato come quello di una cisti ovarica; 2.° sutura o legatura del peduncolo rivestito della sierosa peritoneale, comprendendo in questa i diversi metodi di Schröder, di Leopold, di Zweifel, ecc., e il metodo retroperitoneale.

Nel primo gruppo noi abbiamo il trattamento più semplice e più rapido ed è quello usato dall'Ott, dal Treub, dal Baer, ecc. Il Dimitri de Ott, raschiata e disinfettata la cavità cervicale e del segmento inferiore, e cauterizzata la superficie interna del collo il più alto possibile per mezzo del termocauterio del Paquelin, passa alla incisione delle pareti addominali, estrae il tumore, fa la legatura dei legamenti larghi e li seziona parzialmente; cerca di comprendere e di stringere nell'ultima di queste legature una parte del tessuto uterino, per assicurarsi anche della emostasi della arteria uterina, il che gli permette di far senza dell'applicazione di un laccio elastico. Quindi amputa l'utero, cauterizza la cavità del collo e la superficie del peduncolo col termocauterio, e, se del caso, fa due forti allacciature in massa sui lati del peduncolo un centimetro sotto la superficie di sezione, comprendendo il tessuto del moncone fin presso al canale cervicale senza penetrarvi. Per tal modo i vasi restano compressi, e il canal cervicale resta aperto e in esso introduce dall'alto al basso uno stoppino di garza jodoformizzata il cui estremo superiore non deve sorpassare la superficie di sezione, quindi affonda il peduncolo e sutura le pareti addominali.

Non molto dissimile è il metodo usato dal Treub: sezionati i legamenti larghi, previa allacciatura della parte periferica e la legatura o l'applicazione di pinze sulla parte uterina, scollata se del caso la vescica, il Treub pratica la legatura elastica del collo con un catetere di Nélaton del N. 11 o 12 della filiera di Charrière, e amputa l'utero un centimetro al disopra della legatura; disinfetta il canal cervicale con

un batuffolo di cotone bagnato di soluzione al sublimato corrosivo al 2 0[00, spolvera di jodoformio la superficie del peduncolo uterino e dei legamenti larghi, quindi sutura le pareti addominali. In 100 laparomiomectomie, praticate dal 1887 in poi, due sole volte fu costretto a trattare il peduncolo extraperitonealmente, quattro volte fece l'estirpazione completa dell'utero e del tumore. Su 100 operate ebbe 7 casi di morte.

Il Baer si limita alla legatura de' vasi che irrorano il peduncolo senza praticare per esso alcun trattamento speciale; due lembi peritoneali scollati per un breve tratto dalla parte bassa del tumore si affronterebbero spontaneamente coll'affondarsi del peduncolo e lo ricoprirebbero; solo quando ciò non avviene egli ricorre alla sutura continua dei due lembi peritoneali.

Il trattamento del peduncolo in questi casi non è molto dissimile da quello che si pratica per le comuni ovariotomie, non ricoprendosi col peritoneo la superficie di sezione del peduncolo; la differenza principale fra i diversi metodi consiste nella allacciatura elastica per assicurare l'emostasi che alcuni eseguiscono invece della legatura delle uterine. Ma il paragone del peduncolo di una ovariotomia con quello di una amputazione sopravaginale dal punto di vista clinico non è corretto, perchè nel caso dell'ovariotomia non abbiamo comunicazione fra la cavità peritoneale e la cavità dell'utero e tanto meno della vagina; nella salpinge normalmente non esistono germi infettivi; mentre per l'amputazione sopravaginale dell'utero la comunicazione fra la cavità vaginale e la peritoneale, non può a meno di lasciarci dubbiosi rispetto ad eventuali pericoli che possono per essa insorgere. Vero è che nella isterectomia vaginale eseguita colla forcipressura, tale comunicazione non ha dimostrato di essere dannosa pel buon esito dell'atto operativo, ma d'altra parte noi non possiamo trarre delle conseguenze da metodi così diversi, e non dobbiamo dimenticare che la mortalità della isterectomia totale addominale nelle serie del Martin discese dal 30 al 9.5 0[0 per la chiusura del peritoneo.

Nell'operazione dell'Ott la mancata copertura del moncone col peritoneo viene giustificata dal vantaggio che si prefigge l'operatore di garantirsi colla fognatura della cavità cervicale dello scolo facile delle secrezioni, mentre la disinfezione completa preventiva della mucosa vaginale e cervicale coi mezzi meccanici, chimici e fisici, lo metterebbero al coperto da una infezione d'origine vaginale. Nell'operazione

del Treub viene a mancare il vantaggio della fognatura, ma di essa è molto meno sentito il bisogno essendo coll'allacciatura elastica tolto quasi completamente il trapelamento dal moncone della sierosità siero sanguinolenta, e si ottiene per di più il vantaggio di aver impedita o resa molto meno facile la comunicazione fra la cavità vaginale e la peritoneale: in questo caso il rivestimento del peduncolo col peritoneo, non allungando di molto l'atto operativo, mi pare che dovrebbe offrire maggiori garanzie pel buon esito dell'operazione.

Gli ottimi risultati ottenuti da questi operatori solo in apparenza vengono a togliere ogni valore a queste obbiezioni, poichè in realtà se i pericoli possono essere resi minimi colla accuratezza dei preparativi, non possono però essere del tutto annullati, ed in via assoluta non si potrà mai essere sicuri di avere ottenuta la asepsi della cavità vaginale e della cavità uterina, come chiaro risulta dalle esperienze ricordate dal Martin. D'altra parte nelle pratiche preparatorie per le disinfezioni può sempre sfuggire qualche dettaglio apparentemente minimo, e per questo restar compromesso l'esito operativo.

Se in base a ciò noi vogliamo preferire i metodi della seconda serie sopra ricordata, possiamo trovarci in un certo imbarazzo nella scelta del metodo da eleggersi. Quello classico dello Schröder, per quanto adoperato ancora da qualche valente clinico, venne però dalla maggioranza abbandonato sia per la sua lunghezza di esecuzione, e sia per le difficoltà che presenta, e pel pericolo di esiti infausti se non viene eseguito in modo perfetto: si comprende però come in mano a ginecologi valenti possa dare eccellenti risultati, così da essere da questi ritenuto come il migliore. In proposito basterà ricordare la polemica insorta dopo il lavoro del Brennecke (1) a sostegno del metodo di Schröder e facente le critiche alle operazioni del Leopold e dello Zweifel, specialmente in rapporto alle condizioni di nutrizione del moncone che sarebbero insufficienti per le allacciature del tessuto uterino e per la legatura delle arterie uterine, e per la mancata sicurezza che si mantenga l'asepsi del moncone dopo l'operazione. Respinse le accuse il Leopold (2) e rispose abbastanza vivacemente lo Zweifel (3) e ad essi

---

(1) *Zeitschrift. f. Gyn.*, Bd. XXVIII.

(2) *Centralb. f. Gyn.*, N. 26, 1894.

(3) *Centralb. f. Gyn.*, N. 35, 1894.

replicò il Brennecke (1), ma la discussione mantenuta in un campo teoretico a furia di ragionamenti non sarebbe riescita convincente nè da una parte nè dall'altra, se nel campo dei fatti il Kossmann (2) non avesse portato a favore dello Zweifel l'esame del peduncolo di una donna da lui operata e venuta a soccombere per polmonite fibrinosa: egli non avrebbe riscontrati veri gli appunti del Brennecke, al trattamento alla Zweifel, specialmente dal punto di vista della necrosi. Per quanto riguarda le condizioni poco sicure di mantenuta asetticità del peduncolo, il Walthard (3) colle sue numerose esperienze batteriologiche potè dimostrare che l'asepsi del peduncolo cervicale col trattamento alla Zweifel, se si potè conservare durante l'atto operativo, devesi ritenere sicura anche dopo di esso. Perciò mi pare corretto ritenere che, se anche col metodo dello Schröder si possono avere dei buoni risultati, come lo dimostra anche il Runge che in 27 casi operati ebbe 26 guarigioni e una morta per polmonite, le modificazioni però portate all'amputazione sopravaginale dell'utero miomatoso dal Leopold e dallo Zweifel, hanno segnato un vero progresso nella laparomiomotomia, così da aversi col Leopold 20 successi su 20 operazioni, e collo Zweifel su 92 miomotomie e 2 miomoisterectomie alla Martin, tre casi soli di morte: una mortalità quindi del 3.2 0[0. (*Centr. f. Gyn.*, N. 14, 1894).

Ma questi processi operativi non potrebbero essere ancor più semplificati così da renderli di facile e rapida attuazione pur presentando le stesse garanzie in rapporto all'emostasi, e offrendoci il vantaggio di una maggior brevità che è già per sè un coefficente di miglior riuscita?

Nelle modificazioni che il ginecologo di Lipsia apportò al suo metodo, abbiamo quella notevole di fare le legature del peduncolo senza comprendere nelle anse di filo il peritoneo; questa del così detto trattamento retroperitoneale, mi pare sia una delle più importanti e vantaggiose modificazioni che abbia subìto il trattamento del peduncolo da affondarsi e che merita di essere esaminato un po' attentamente. Io non voglio qui entrare nella questione veramente di secondario interesse di ricercare a chi spetta il merito della priorità dell'attuazione, e ciò perchè è facile a comprendersi come operatori valenti in luoghi

---

(1) *Centralb. f. Gyn.*, N. 30 e 42, 1894.

(2) *Centralb. f. Gyn*, N. 20, 1895.

(3) *Centralb. f. Gyn.*, N. 1, 1895.

diversi e a breve distanza di tempo sieno giunti l'uno all'insaputa dell'altro a modificazioni simili di tecnica operativa, pel fatto che essa rispondeva ad un *desideratum*, e cercava di allontanare dei pericoli e togliere appunti, che venivano fatti all'affondamento del peduncolo. Così vediamo l'Hofmeier, il Bassini, lo Zweifel, il Chroback disputarsi la priorità del metodo senza poterne venire a capo in modo assoluto, poichè tutti per vie diverse avevano di mira lo stesso scopo, e il tentativo dell'uno non toglie il merito al processo escogitato dall'altro.

Lo scopo a cui tende il trattamento retroperitoneale del peduncolo è quello di ottenere una pronta guarigione del cavo peritoneale, portando fuori di esso il peduncolo e quindi anche tutti i processi morbosi che da esso possono originare; perciò, senza tema di errare, si può ammettere che da questo punto di vista, questo metodo operativo presenta dei reali vantaggi su tutti gli altri processi di trattamento del peduncolo e sarebbe perciò da preferirsi. Ma la rapidità con cui può essere attuata l'amputazione sopravaginale alla Ott, Treub, Baer, e una certa complicazione nelle suture nei primi tentativi di trattamento retroperitoneale ci spiegano facilmente come alcuni preferirono il trattamento alla Ott, altri invece facendo un passo più in là scelsero quale metodo di elezione la estirpazione totale addominale dell'utero miomatoso. Ma se nei primi tentativi, come sempre avviene, noi troviamo qualche incertezza e qualche complicazione, ora però il procedimento venne così semplificato e facilitato da riuscire alla portata di qualunque operatore: vediamo brevemente le varie tappe seguite.

Accennerò solo all'Emmet che nell'84, scollato un lembo di peritoneo dalla superficie anteriore del tumore ed esportato questo, se ne servì per ricoprire il peduncolo suturando il lembo scollato al peritoneo del cul di sacco del Douglas. Due anni dopo, nell'86, il Bassini incominciò a non comprendere il peritoneo nella sutura del peduncolo, ricoprendo poi questo con due lembi di peritoneo, a tale scopo già prima scolpiti nella parte inferiore dell'utero; per assicurare l'emostasi il Bassini fece la sutura a strati del peduncolo e la legatura delle uterine. L'Hofmeier al secondo Congresso de' ginecologi tedeschi (1888), nella discussione sulla miomotomia e trattamento del peduncolo riferì un suo metodo consistente nel praticare una cucitura tutta all'intorno del peduncolo dalla cavità cervicale verso l'esterno, in modo da lasciare beante il canale cervicale al disopra del quale sutura il peritoneo: la ferita rimane così fuori del

peritoneo e il canal cervicale fa da drenaggio verso la vagina. Una memoria pubblicata nell'*American Journal* del 1890 (Aprile) dal Goffe, ci mostra come anche da questi sia stato ideato un metodo di trattamento intra-addominale extraperitoneale del peduncolo, come l'autore stesso lo chiama: scolpiti i due lembi sierosi pratica l'allacciatura del peduncolo in due metà destra e sinistra, quindi ricopre e sutura al disopra del moncone i due lembi di sierosa preventivamente scolpiti.

Il Chroback, scolpiti due lembi sierosi di lunghezza diversa, più lungo l'anteriore e se del caso uno solo anteriore, messo un laccio elastico provvisorio e praticata l'amputazione sopravaginale, fa la legatura delle uterine a ridosso della volta vaginale e rimosso poi il laccio elastico se l'emostasi non è perfetta fa la legatura del peduncolo, lasciando permeabile il canal cervicale che drena verso la cavità vaginale con garza jodoformica: dopo procede alla riunione della sierosa che per l'ineguale lunghezza dei lembi viene a cadere colla linea di sutura non in rapporto al canal cervicale, ma all''indietro di esso.

Questo tecnicismo operatorio abbastanza semplice e che raggiunge lo scopo prefisso non potè a meno di essere attuato anche da molti altri operatori; si può dire che esso e quello dello Zweifel, che colle ultime modificazioni viene anch'esso ad appartenere al gruppo dei trattamenti retroperitoneali, sono stati in questi anni i più usati, sia seguendo completamente la tecnica operativa degli autori, sia apportando ad essi lievi modificazioni: per ricordarne qualcuno citerò l'Johannowscky, il Léont, il Richelot, il Morisani, il Lauwers, l'Heinricius, il v. Erlach, il v. Rosthorn, ecc. I ginecologi che si attennero al metodo retroperitoneale, ne lodano i buoni risultati, e anche l'Hofmeier che dapprima per gli esiti poco favorevoli gli era poco propizio (*Cent. f. Gyn.*, N. 48, 1893), più tardi ebbe a lodarsene (*Cent. f. Gyn.*, N. 44, 1895).

Ma non mancano gli appunti specialmente per opera di chi parteggia per l'isterectomia totale addominale: essi sono rivolti specialmente al fatto che vien mantenuto il peduncolo uterino, il quale sarebbe punto di partenza di vari inconvenienti, quali le emorragie secondarie, la possibilità di processi infiammatori infettivi originati dal peduncolo, il pericolo del suo sfacelo. Di quest'ultimo dirò più avanti a proposito dell'uso del laccio elastico come quello pel quale più facilmente potrebbe verificarsi. Il pericolo delle emorragie secondarie con questo trattamento deve assolutamente essere escluso come proprio al metodo

operativo quando, come deve, il peduncolo risulti formato da solo tessuto uterino sano, poichè per tal modo si comprende facilmente come il peduncolo risulterà molto piccolo e l'emostasi, sia col laccio elastico sia colle legature in seta, sarà facile e perfetta come lo provano gli esiti operativi dei diversi autori e molto più i reperti necroscopici dei casi venuti a soccombere, poichè da essi risulta che l'esito letale era da imputarsi a cause estranee al metodo di operazione, mentre le condizioni della emostasi con questo trattamento non sono certo più sfavorevoli di quelle che si hanno nella isterectomia totale addominale.

Un altro appunto che si fa al mantenimento del peduncolo si è che da esso possono originare fatti infiammatori e infettivi da compromettere o rendere men completa la guarigione della paziente. A questo proposito dobbiamo esaminare attentamente la questione come quella che si presenta sotto la veste della maggiore serietà e della maggiore importanza. Se noi guardiamo le statistiche dei diversi ginecologi operanti con diversi metodi di trattamento, alla Schröder, alla Zweifel, alla Leopold, alla Ott, ecc., e col metodo retroperitoneale, vediamo che tutti ci danno esiti brillanti senza che della mortalità occorsa si possa incolpare direttamente od indirettamente il peduncolo. Se a volte si manifestarono dei fatti infiammatori infettivi peduncolari o peripeduncolari ne fu sempre il moncone uterino la causa? Mantenuto asettico il canal cervicale durante l'atto operativo, le esperienze del Walthard ci dimostrano come questo si conservi tale dopo l'operazione; e detta asepsi non è poi impossibile ad ottenersi, anzi è più probabile che si possa raggiungere in modo completo pel canal cervicale che non per la cavità vaginale, perchè la natura del tessuto costituente la cervice uterina ci permette di usare nei casi dubbi mezzi diversi di disinfezione e più energici che certamente non possono usarsi per la cavità vaginale, quali il raschiamento, la cauterizzazione col termo o galvanocauterio, le disinfezioni con soluzioni concentrate, ecc. È proprio il moncone cervicale il colpevole e non piuttosto i maneggi operativi, l'asetticità non bene mantenuta durante l'atto operativo, le suture, ecc. che furono punto di partenza di fatti infiammatori e che quindi potrebbero influire anche senza la presenza del moncone cervicale nei casi di isterectomia totale addominale? Il substrato colpito infatti è il connettivo sottoperitoneale in rapporto al quale giacciono la sutura della vagina, i lacci delle uterine per

l'isterectomia totale, il laccio elastico o le legature in seta pel trattamento retroperitoneale.

L'argomento poi che la guarigione di focolai infiammatori sottoperitoneali susseguiti ad amputazioni sopravaginali si ottenne spesso colla tardiva esportazione vaginale del peduncolo, mentre a prima vista parrebbe di capitale importanza contro il mantenimento del peduncolo, esaminato attentamente non risulta che di un valore relativo. Infatti, qualunque sia la causa prima del focolaio infettivo, colla esportazione del moncone non facciamo che mettere in atto un metodo curativo simile alle isterectomie vaginali per le suppurazioni pelviche; per tal modo si apre una via di uscita facile ed ampia al materiale infettante, e si ottiene con ciò la guarigione senza che la parte esportata fosse veramente la causa della infezione o che concorresse a mantenerla. Quando l'isterectomia totale addominale sarà estesa per numero di interventi operatorî da potersi eguagliare alla amputazione sopravaginale, vedremo se non si saranno verificati mai simili inconvenienti i quali colpiscono ora più facilmente l'amputazione sopravaginale, anche perchè essendo essa più facile a praticarsi viene preferita dai meno abili; e chi ora è provetto nell'arte laparotomica all'isterectomia totale non giunse che attraverso alle due tappe del trattamento esterno prima e dell'affondamento poi. Con ciò mi pare che si possano spiegare i brillanti risultati ottenuti senza inconvenienti secondari, sia per chi si attenne alla esportazione completa come per chi preferì l'affondamento del peduncolo, quando chi operò aveva già formata in modo completo la propria educazione chirurgica. Infatti noi vediamo essere fattori del buon esito operativo, lasciando da parte l'asepsi per ragioni ovvie, la accurata emostasi e la soppressione degli spazi morti fra il peritoneo ed il connettivo sottostante; ricondotto il pavimento pelvico alle sue condizioni quasi normali per mezzo di acconce suture, vi sia poi un monconcino di collo uterino o non vi sia, l'esito dell'operazione sarà eguale, come lo dimostrano le serie dei diversi ginecologi operanti con metodi diversi (Ott, Treub, Bantock, Baer, Brennecke, Runge, Chroback, Rosthorn, Martin, Zweifel, Leopold, Novaro, Carle, ecc.), per cui non si può a meno di rilevare l'esattezza della osservazione del Mangiagalli al Congresso di Roma che cioè si è data troppa importanza al trattamento del peduncolo quale fattore della mortalità nella miomectomia; il che venne anche riconosciuto dallo Zweifel che ap-

pena dopo il Congresso di Roma (*Centralbl. fur Gyn.*, N. 14, 1894) riassumendo le ultime semplificazioni portate al suo metodo operativo diceva averle introdotte perchè aveva riconosciuto che si dava troppa importanza al canal cervicale, e quindi era inutile praticare per esso un trattamente speciale. Questa convinzione l'aveva acquistata sia pei risultati delle ricerche batteriologiche come anche pei successi operativi; solo pei tumori in via di putrefazione converrebbe seguire la tecnica dei suoi metodi precedenti.

Quali fattori della maggiore o minore mortalità converrebbe a molta maggior ragione tener esatto conto di altre condizioni generali e locali che hanno una influenza sull'esito ben più grande che non la conservazione o meno del peduncolo; così lo sviluppo interlegamentoso del mioma ne aggrava il pronostico, come pure devono essere ben valutate le condizioni generali della paziente: l'anemia più o meno profonda accompagnata dalla degenerazione grassa de' vari organi e specialmente dal cuore, le facili complicazioni renali legate in parte all'anemia, in parte alla compressione diretta dei reni o degli ureteri, le alterazioni dell' endocardio sono tutti questi fattori che valgono a variare facilmente la percentuale della mortalità, senza che si possa ciò addebitare al tecnicismo operatorio.

La dimostrazione di questi fatti ci venne data in parte dal Mangiagalli nella sua relazione al Congresso di Roma esaminando la mortalità dei propri interventi operativi che era legata alla topografia e volume del tumore piuttosto che al metodo operativo; ora coll' aggiunta di nuove cifre la dimostrazione diventa ben più evidente:

		Casi	Morti	Mortalità
Tumori a sviluppo infralegamentario (tre casi mortali, tumori molto voluminosi e donne in cattive condizioni generali).	trattamento esterno	11	3	27.00 0[0
Tumori sottosierosi, interstiziali o sottomucosi	trattamento esterno	31	1	3.22 0[0
Affondamento, trattamento endoperitonale		9	—	0 0[0
Trattamento retroperitoneale		42	2	4.76 0[0
Isterectomie totali addominali eseguite nell' anno scolastico 1895-96		5	—	0 0[0

Fatte le debite riserve per il numero limitato delle due serie senza mortalità (trattamento endoperitoneale e isterectomia totale addominale), questo specchietto mostra come eguali buoni risultati si possono ottenere coi diversi metodi.

Ora così essendo le cose si comprende come, pur riconoscendo giusto il favore che l'isterectomia totale addominale va mano mano acquistando non solo in Germania, ma anche in Francia e in Italia (Guermonprez, Richelot, ecc., Pestalozza, Carle, Inverardi, Acconci, Truzzi, Bossi, Novaro, ecc.) e che i risultati della Clinica di Pavia per quanto limitati pure confermano pienamente, però conviene tener calcolo anche dei vantaggi che altri metodi possono presentare nel decorso di un atto operativo, specialmente quando la tecnica è ridotta alla semplicità più sopra ricordata pel trattamento retroperitoneale quale venne praticato dal Mangiagalli. I vantaggi consisterebbero nell'ottenere, scendendo in basso collo scollamento dei lembi peritoneali, un peduncolo sempre molto piccolo, della grossezza di un dito pollice circa, poichè se la neoformazione invade anche la parte bassa del collo allora è ovvio che si debba preferire l'isterectomia totale, inoltre non è necessaria la legatura delle arterie uterine, non si corre pericolo alcuno di cadere nè coi lacci nè col tagliente sugli ureteri, fatti questi che debbono essere presi in seria considerazione specialmente da chi non ha una larga pratica della chirurgia addominale.

***

Veniamo ora all'esame dell'uso del laccio elastico per ottenere l'emostasi del peduncolo nelle laparomiomotomie. I primi due casi clinici da me riferiti ed operati col trattamento endoperitoneale e laccio elastico non diedero luogo ad inconvenienti di rilievo: pel secondo caso si ebbe l'eliminazione del laccio elastico circa otto mesi dopo l'operazione attraverso ad un piccolo seno fistoloso formatosi dal peduncolo alla cicatrice laparotomica: appena espulso il laccio elastico coi fili di seta si ebbe dopo un giorno la chiusura completa e spontanea del seno fistoloso e la guarigione completa e permanente della paziente. Questa eliminazione del laccio, sia elastico, sia in seta già spesso osservata (Terillon, Fritsch, Hegar, Olshausen, Czerny, Ahlfeld, Fasola, Frascani, Lauro, ecc.) per sè non viene che in via eccezionale a presentare dei

pericoli, i quali poi se erano da temersi quando, come nei miei primi due casi, il laccio elastico è posto sopra il peritoneo, diminuiscono o per meglio dire scompaiono se il trattamento fu retroperitoneale, ed eccone la ragione.

Nel trattamento intraperitoneale la parte soprastante al laccio può, come ha osservato il prof. Cuzzi, essere nutrita, ma solo scarsamente, sia attraverso alle parti più profonde e più lontane dal laccio e perciò assai meno stipate e in grembo alle quali può permanere una oscura circolazione, sia dalla periferia per le aderenze del peritoneo sopra e sottostante al laccio. Se il laccio elastico è molto forte in confronto collo spessore del peduncolo, ovvero se colle allacciature in seta si sono tolte completamente le vie per la nutrizione del peduncolo, allora non bastano le aderenze peritoneali alla sua nutrizione, perchè quando esse tendono a formarsi il tessuto soprastante alla allacciatura è già privo o quasi della sua vitalità e non può risentire vantaggio da quell'iniziarsi della circolazione e della nutrizione: perciò si verrà ad avere un tratto di tessuto mortificato, che tendendo a staccarsi dal tessuto vivo si troverà poi libero nella cavità addominale dove potrà rimanervi tollerato riassorbendosi lentamente, ovvero sarà eliminato all'esterno per vie diverse, come clinicamente venne osservato, sia attraverso al collo uterino che attraverso alla volta vaginale o per la cicatrice laparotomica, dando luogo a manifestazioni diverse più o meno gravi e perfino a peritonite mortale, come venne osservato da Olshausen, da Hegar, da Czerny. Le cose cambiano d'aspetto ed i pericoli vengono allontanati quando il trattamento è retroperitoneale: in tale caso la nutrizione della parte soprastante alla allacciatura, resta mantenuta per mezzo dei lembi peritoneali che la ricoprono e non si ha quindi mortificazione di tessuto peduncolare e il laccio elastico rimane come incapsulato e ben tollerato nella località dove venne applicato. L'uso poi dei cateteri di Nélaton in luogo dei comuni lacci elastici, oltre al vantaggio della maggior resistenza e quindi maggior sottigliezza del laccio, presentando anche la possibilità di meglio graduare la grossezza del laccio col volume del peduncolo, diminuiscono di molto gli inconvenienti da alcuni lamentati.

Ma se, o per piccolezza del peduncolo o per eccessiva costrizione del laccio questo tendesse ad eliminarsi producendo un certo grado di mortificazione nel tessuto peduncolare, limitata però alla zona di com-

pressione, il tessuto mortificato verrà facilmente riassorbito, essendo circondato dovunque da tessuti viventi, ed il laccio andrà mano mano approfondendosi finchè giunto in rapporto al canal cervicale troverà quivi la sua via naturale per l'eliminazione.

Questa che potrebbe parere una semplice ipotesi trovasi suffragata dai casi clinici N. 8, 22 e 33 da me riportati in cui l'eliminazione del laccio avvenne in un tempo relativamente lungo dopo l'operazione, senza disturbi per la paziente, senza suppurazione alcuna; solo un certo aumento nella secrezione delle ghiandole della mucosa cervicale attirò l'attenzione delle operate che, come ben si comprende, pel timore di complicazioni si determinarono subito di ricorrere per consiglio a chi le aveva curate. In questi casi non si ebbe a constatare che la presenza del laccio nel canal cervicale, per cui potè essere estratto facilmente con una pinza senza che si riscontrasse nessun segno infiammmatorio nè di reazione locale, sia in rapporto al peduncolo che attorno ad esso.

Ora se si potesse fino ad un certo punto provare che le cose si passano nel modo sopraindicato, potrei dire di aver raggiunto il mio intento, poichè oggi non si fa certamente più la questione se il laccio elastico ben disinfettato sia o no tollerato dal peritoneo e per sè induca o no fenomeni di irritazione: la larga prova clinica ha suffragato le esperienze istituite nei primi tempi del suo uso da Hallwache, Kaspozick, Lowenhardt, Martinetti, ecc.; però non possiamo nasconderci che anche ultimamente venne fatto al laccio elastico l'appunto di indurre per la sua eliminazione degli essudati che per infezione o dal canal cervicale o dall'intestino possono trasformarsi in ascessi (Mayer). Il reperto microscopico, riferito dal Treub, dell'esame di un peduncolo di donna venuta a soccombere 39 giorni dopo l'operazione, come anche l'osservazione del Dohrn di un laccio elastico che dopo un anno circa era innicchiato nello spessore del peduncolo di una ovariotomia, verrebbero a dimostrare, unitamente ai reperti del prof. Cuzzi, che i timori degli oppositori sono esagerati. Ma desiderando meglio provare questo asserto, come anche dimostrare per quanto mi era possibile che col trattamento retroperitoneale anche questi rari inconvenienti messi a carico del laccio elastico sono o tolti o per lo meno poco probabili per le condizioni di nutrizione del peduncolo, ho stimato conveniente di fornire oltre alla prova clinica anche quella sperimentale, istituendo

una serie di esperienze sulle cagne, praticando su di esse l'amputazione sopravaginale dell'utero e trattando il peduncolo col metodo retroperitoneale. Queste operazioni io le eseguii nel laboratorio di patologia generale, e della gentile ospitalità e degli aiuti prestatimi, rendo qui sentite grazie al prof. Golgi, direttore di quel laboratorio.

L'atto operativo un po' complicato per la lunghezza dei corni uterini e del mesometrio veniva però, per quanto riguarda il peduncolo, a ben riprodurre per la condotta e pel risultato quanto avviene nella donna. Praticavo lo scollamento del peritoneo appena sotto la biforcazione delle due corna dell'utero, il che ottenevo con una certa difficoltà in alto e molto più facilmente in basso verso l'inserzione della vagina; quale laccio usavo i nastrini elastici che si impiegano per l'allacciatura del funicolo ombellicale, quindi con seta sottile (N. 1) ricoprivo il moncone coi lembi peritoneali previamente scollati. Delle cagne operate due erano gravide, e due vennero a soccombere; devo però notare che in tutti e due questi casi sfortunati si trattava di grosse cagne robustissime, che durante l'atto operativo si mantennero sempre agitate, le anse intestinali non potevano essere raccolte e ricoperte convenientemente, per cui rimasero a lungo all'esterno e si raffreddarono, tanto più che l'atto operativo dovette per il continuo sussultare dell'animale procedere molto più lentamente del solito: una di queste cagne soccombette per schok poche ore dopo l'operazione, e l'altra di peritonite in quarta giornata; nè in un caso nè nell'altro vi fu emorragia post operativa, il peduncolo si presentava in buone condizioni.

Le cagne guarite vennero uccise in tempi diversi dall'atto operativo, cioè da 17 a 60 giorni dopo, e ciò per sorprendere se mi era possibile le varie fasi di modificazione del peduncolo così trattato dalle prime epoche dopo l'operazione alla guarigione stabile dopo due mesi dell'intervento.

Ecco i risultati delle mie esperienze.

Debbo anzitutto premettere che nei peduncoli di cagne uccise dopo il 45.° giorno dell'operazione non sempre potei rintracciare il laccio elastico; esso doveva certamente essere stato eliminato per via vaginale, sia per non averne trovata traccia nel cavo addominale, sia anche per la disposizione che presentava il laccio in rapporto al peduncolo, negli altri casi di cagne uccise in epoche press' a poco eguali, come anche in cagne uccise dal 25.° al 45.° giorno dall'operazione. Spesso, a queste

epoche avanzate riscontrai il laccio più o meno approfondito nel tessuto del moncone, comportandosi in rapporto ad esso in modo da ricordarmi perfettamente la figura data dal Dohrn (*Cent. f. Gyn.*, N. 28, 1894), mentre in epoche più vicine all'atto operativo, cioè dal 17.° al 25.° giorno, il laccio era piuttosto superficiale, retroperitoneale.

All'autopsia riscontrai sempre aderenze del peduncolo colle anse intestinali e colla vescica; in un caso poi pareva quasi immedesimato colla parete posteriore di questa, tanto da incontrare delle difficoltà per rintracciarlo. Esportati i peduncoli li aprivo nel senso della lunghezza dall'orificio uterino esterno alla linea di sutura, sia per constatare la posizione del laccio che per facilitare la fissazione del pezzo che conservava in liquido del Müller, per ottenere di riconoscere con facilità all'esame microscopico, le condizioni di vascolarizzazione e di nutrizione delle varie parti: i pezzi poi induriti, lavati, passati in alcool e inclusi in paraffina, vennero sezionati col microtomo nel senso della lunghezza in modo da ottenere nelle singole sezioni le tre porzioni del peduncolo, soprastante al laccio, in corrispondenza di esso e sottostante ad esso.

La porzione di peduncolo sottostante al laccio si presentò sempre formata da tessuto uterino normale, coi suoi vasi sanguigni di sviluppo regolare senza segni nè di congestione nè di ectasie in tutti i peduncoli esaminati, qualunque fosse il lasso di tempo trascorso fra l'operazione e l'uccisione dell'animale. Solo nei due casi delle cagne gravide lo sviluppo vasale, come facilmente si può comprendere, era superiore alla norma, si notava congestione e in qualche punto anche dilatazione vasale, i quali fatti non possono certamente essere messi a carico del trattamento del peduncolo o del laccio elastico, poichè è ovvio che se ne debba ritenere causa lo stato di gravidanza dell'animale da esperimento, tanto più che entrambi vennero sacrificati nei primi tempi dopo l'operazione dai 17 ai 25 giorni e quindi ad involuzione non completa.

La porzione di peduncolo in corrispondenza al laccio elastico si presentò invece in modo diverso, e le differenze erano in rapporto colla maggiore o minor distanza di tempo trascorsa fra l'atto operativo e la morte dell'animale.

In una cagna uccisa al 60.° giorno ed in cui era stato eliminato il laccio elastico forse anche perchè l'animale essendo piccolo, per il peduncolo

esile si aveva una certa sproporzione fra esso ed il laccio elastico, non potei constatare differenze di rilievo nel tessuto peduncolare costituente le diverse sue parti, solo si notava una maggiore ricchezza di tessuto connettivo. Negli altri casi della stessa epoca (dai 45 ai 60 giorni) nei quali potei constatare la permanenza del laccio elastico nello spessore del moncone, all' esame microscopico rilevai che nella profondità il tessuto uterino presentavasi pressochè normale, in vicinanza al laccio o meglio il tessuto formante il solco del laccio stesso si mostrava stipato, con disposizione arcuata e parallela dei fasci fibromuscolari, e la colorazione (ematossilina, picrocarmino) delle sezioni non riesce a differenziare bene i vari elementi, poichè il tessuto tende ad assumere una tinta omogenea in cui i nuclei colorati spiccano ma molto meno della norma; superficialmente poi in rapporto al laccio vi ha una distinta infiltrazione leucocitaria. Per quanto riguarda la circolazione sanguigna ho notato che là dove il tessuto si presentava stipato, come omogeneo, mancavano i vasi sanguigni, ma appena un po' più profondamente dove il tessuto tendeva a ritornare normale si mostravano pure inalterati i vasi.

I peduncoli ottenuti da cagne uccise dai 25 ai 45 giorni dopo l'amputazione sopravaginale dell'utero non presentavano in rapporto al laccio che delle modificazioni pochissimo spiccate: debbo però qui notare come i primi animali operati furono gli ultimi ad essere uccisi, e in quei primi esperimenti la costrizione elastica che ottenevo con due giri del cordoncino e perciò piuttosto intensa, più di quanto era necessaria per assicurare l'emostasi, mentre nei casi successivi mi limitai ad un sol giro di cordoncino rendendo così più proporzionata al volume del peduncolo la costrizione elastica. Ottenni così di poter rilevare al microscopio che nella regione dove era stato applicato il laccio elastico non si riscontravano nel tessuto fibromuscolare delle alterazioni di rilievo: la colorazione del tessuto non presentava modificazioni; tanto il protoplasma che i nuclei delle fibrocellule assumevano bene la colorazione, solo la distribuzione dei due strati muscolari, l'esterno e l'interno, non era più così regolare come di solito si riscontra in questi animali, ma erano come frammisti l'uno strato all'altro in modo da dare una direzione irregolare alle fibre. I piccoli vasi sanguigni poi non erano obliterati e in essi scorgevansi i globuli rossi normali. Unica alterazione, per quanto di poco conto, che potei

riscontrare, fu l'esistenza di una lieve infiltrazione leucocitaria nelle vicinanze del laccio elastico e di piccoli stravasi nella mucosa a livello del laccio.

Condizioni pressochè eguali trovai nei peduncoli di cagne uccise dai 17 ai 25 giorni dall'atto operativo; non rilevai alterazioni di qualche importanza nel tessuto fibromuscolare, tranne che nella direzione dei fasci che risultano irregolari per la compressione del laccio, i piccoli vasi rimanevano pervii, e qualche stravaso notai pure anche in questi peduncoli in rapporto alla mucosa.

Di particolare interesse fu l'esame della parte dei peduncoli soprastante al laccio elastico.

Verso il 60.° giorno il tessuto si presenta inalterato dal punto di vista istologico; solo esso è divenuto molto più stipato e il connettivo ha preso una discreta prevalenza sull'elemento muscolare; i piccoli vasi sanguigni sono pervi e non si presentano modificati. Reperto quasi eguale l'ottenni anche dall'esame dei peduncoli di circa 45 giorni; solo risulta meno spiccata la compattezza del tessuto quanto più l'epoca della uccisione della cagna si avvicina a quella dell'atto operativo; ma procedendo in questa, diremo così, scala discendente, si viene poi ad ottenere un reperto un po' diverso quando l'esame è praticato su peduncoli giovani. Le differenze più notevoli le riscontrai dai 17 ai 25 giorni, e mano mano rendendosi meno sensibili scomparivano poco dopo un mese dall'operazione. Ecco in che consistono queste alterazioni nei peduncoli di 17 ai 20 giorni: immediatamente al disopra del laccio con una linea netta di demarcazione si nota in modo evidentissimo che il tessuto uterino ha assunto molto meno intensamente la colorazione; malamente si differenziano gli elementi che lo compongono per l'aspetto omogeneo che prende la sostanza protoplasmatica cellulare, tanto da fare a prima vista credere ad una fusione degli elementi. Inoltre, a dare questo aspetto di omogeneità al tessuto contribuisce il fatto che i nuclei assumono anch'essi poco intensamente la colorazione, cosicchè poco spiccano in mezzo al resto del tessuto, per quanto però ad ingrandimenti più forti si può rilevare che detti nuclei sono ben conservati, e tranne il fatto di assumere meno intensamente la colorazione non presentano altre alterazioni, e questo si osserva tanto per le cellule connettivali che per le fibrocellule.

In mezzo a questo tessuto si scorgevano, dove più dove meno dei

globuli rossi ben conservati i quali in alcune località erano come uniformente e finamente distribuiti, altrove avevansi delle vere e notevoli infiltrazioni sanguigne senza però che si fossero scavate delle cavità apoplettiformi. Per quanto riguarda i vasi sanguigni dirò che le piccole arteriuzze erano per la maggior parte pervie, le medie e le grandi presentavano una diminuzione spiccata del loro calibro per iperplasia delle pareti, e parecchie di esse erano obliterate. Molte vene, specialmente le grandi, sono trombizzate presentando nel loro lume la completa organizzazione del trombo.

Lo strato esterno del peduncolo o peritoneale a livello del laccio, nella parte soprastante ad esso e qualche volta anche nella sottostante non presenta la sua struttura normale, e ciò è facile a comprendersi pensando alle aderenze che contrae cogli organi vicini. Esso presentasi a volte come un tessuto fibrillare, altre volte finamente granulare infiltrato qua e là di leucociti, specialmente in vicinanza al tragitto dei fili di sutura o al laccio elastico. In questo tessuto trascorrono piccoli vasi sanguigni normali per le loro pareti e pel contenuto. Queste varie alterazioni che in modo spiccato risultano nei peduncoli di 17 giorni, vanno mano mano rendendosi meno intense pur riscontrandosi ancora verso i 25 giorni, per poi rilevarsi appena un pochino o scomparire del tutto dopo un mese dall'operazione come più sopra abbiamo accennato.

Risulta quindi da quanto più sopra abbiamo rilevato che nei primi tempi dopo l'operazione nella parte soprastante al laccio elastico si ha una diminuzione spiccata nella irrorazione sanguigna con stravasi dovuti al fatto della maggiore pressione endovasale in loco per la obliterazione dei vasi, più spiccata per le vene che non per le arterie: oltre a ciò e ad esso collegato abbiamo una alterazione di nutrizione degli elementi cellulari senza però che questa sia così notevole da condurre fino alla mortificazione degli elementi, in modo che a poco a poco ristabilendosi per mezzo del peritoneo ricoprente il peduncolo la sua completa e regolare nutrizione, noi vediamo poi negli stadi ulteriori il tessuto peduncolare riprendere la sua struttura normale, presentando solo quale effetto delle modificate condizioni la prevalenza del connettivo e la diminuzione dell'elemento muscolare.

Questi risultati sperimentali del trattamento retroperitoneale mi pare che collimino perfettamente coi risultati clinici che vennero in

questi ultimi giorni confermati anche da un altro lavoro dello Schick (1), che ci dà una statistica di 66 casi del Rosthorn con un solo caso di morte. Questi esiti veramente brillanti ci confermano sempre più nella convinzione che:

1.° La conservazione del peduncolo nelle laparomiomotomie non è dannoso come da alcuni si sostiene, e quasi nulli sono gli inconvenienti che da esso ne possono derivare.

2.° Fra i vari metodi di trattamento del peduncolo, quello retroperitoneale presenta dei reali vantaggi sugli altri per la sua brevità e sicurezza.

3.° Le minori difficoltà tecniche nella esecuzione di detto metodo specialmente se associato all'uso del laccio elastico lo rendono adatto, più che non la isterectomia totale addominale per la comune pratica ginecologica.

4.° Il laccio elastico usato nel modo sopra indicato non dà luogo ad inconvenienti sia immediati che tardivi e torna di grande utilità per la sicurezza della emostasi e per rendere breve l'atto operativo.

---

(1) R. Schick. « Die Myomotomie mit retroperitonealer Stielbehandlung. » *Sam. Kl. Vorträge*, N. 158, Juli 1896.

BIBLIOGRAFIA.

Cuzzi. « Il laccio elastico nel trattamento intraperitoneale del peduncolo nella laparomiomotomia. » Studi di Ostetricia e Ginecologia, Milano, 1890.

Mangiagalli. « Il trattamento del peduncolo nella isteromiomectomia. » *Annali di Ost. e Gin.*, 1894, pag. 161.

Martin. « Trattamento del peduncolo dopo la miomotomia. » *Annali di Ost. e Gin.*, 1894, pag. 194.

Dimitri de Ott. « Sul trattamento radicale dei fibromiomi dell'utero » *Annali di Ost. e Gin.*, 1894, pag. 205.

Atti dell'XI Congresso Medico Internazionale, Vol. V, pag. 64 e seg.

Chroback. « Zur Extirpatio Uteri myomatosi abdominalis. » *Centr. f. Gyn.*, N. 9, 1891.

—— « Zur Extirpatio Uteri myomatosi abdominalis (die retroperitoneale Stielversorgung). » *Centr. f. Gyn.*, N. 35, 1891.

—— « Ueber abdominale Myomoperationen. » *Centr. f. Gyn.*, N. 20, 1893.

—— « Zur retroperitonealen Stumpfversorgung bei Myomotomie. » *Centr. f. Gyn.*, N. 2, 1894.

RICHELOT. « Sur le traitement chirurgical des fibromes utérins. » *Annales de Gynécologie,* Juin 1893.

—— « Sur un procédé définitif d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins. » *Annales de Gyn.,* Mai 1895.

—— « L'hystérectomie abdominale totale. » *Annales de Gynécologie,* Novembre 1895.

TREUB. « Zur Stumpfbehandlungsfrage bei der Myomohysterectomie. » *Monatsschrift f. Geb. und Gyn.,* März 1895.

KIKKERT. « Die Stielversorgung bei Hysteromyomektomie. » Inaug. Diss. Leiden, 1891 in *Centr. f. Gyn.,* N. 47, 1891, pag. 940.

DELETREZ. « Traitement intra-péritonéal du pédicule dans l'hystérectomie abdominale par la ligature élastique perdue. » Comptes-Rendus du Congrès period. int. de ginéc. et d'obst. Bruxelles, 1892. Paris, 1894.

BAER. « Supravaginal hysterectomy without ligature of the cervix, in operation for uterine fibroids: a new method. » *Amer. Jour. of Obst.,* October 1892.

BRENNECKE. « Ein Beitrag zur Frage der Myomektomie und der Myomohysterektomie. » *Zeit. f. Geb. u. Gyn.,* Bd. 28.

—— « Zur Frage der Stumpfbehandlung bei der Myomohysterektomie. » *Cent. f. Gyn.,* N. 30, 1894.

—— « Noch einmal zur. Frage der Stumpfbehandlung bei der Myomohysterektomie. » *Cent. f. Gyn.,* N. 42, 1894.

ZWEIFEL. « Die Stielbehandlung bei der Myomektomie. » Stuttgart, 1888.

—— « Ueber die intraperitoneale Stielbehandlung bei der Myomektomie. » *Arch. f. Gyn.,* Bd. 41.

—— « Eine neue Vereinfachung der Stumpfbehandlung bei der Myomektomie. » *Cent. für Gyn.,* N. 14, 1894.

—— « Erwiederung auf Herrn Brennecke's Aufsatz über die Stumpfbehandluug bei der Myomohysterektomie. » *Cent. f. Gyn.,* N. 35, 1894.

LEOPOLD. « Zur Myomotomie mit intraperitoneale Stielbehandlung. » *Arch. f. Gyn.,* Bd. 43.

—— « Zur Myomektomie mit intraperitonealer Stielbehandlung. » *Cent. f. Gyn.,* N. 26, 1894.

KOSSMANN. « Zur Myomathysterektomie. » *Cent. f. Gyn.,* N. 20, 1895.

WALTHARD. « Experimenteller Beitrag zur Frage der Stumpfbehandlung bei Myomohysterektomie. » *Cent. f. Gyn.,* N. 1, 1895.

RUNGE. « Stumpfbehandlung nach supravaginalen Amputation des Uterus. » *Cent. f. Gyn.,* N. 49, 1895.

EMMET. « Supra-vaginal myotomy. » *Am. Jour. of Obst.,* January 1885.

CATTERINA. « Die sub-peritoneale Stielbehandlung nach supravaginaler Uterusamputation. » *Wien. med. Woch.,* N. 47, 1891.

HOFMEIER. « Verhandlung d. II Versammlung d. deutsch. Gesellschaft f. Gyn. in Halle, » 1888, p. 144. — « Zur retroperitonealen Stielversorgung bei Myomoperationen. » *Cent. f. Gyn.,* N. 48, 1893.

GOFFE. « A new method the intra abdominal but extraperitoneal method of disposing of the pedicle in supravaginal hysterectomy for fibroid tumor, with report of four suxcessful cases. » *Am. Jour. of Obst.,* Aprile 1890.

JOHANNOVSKY. « Ein Beitrag zur Discussion über die retroperitoneale Stielversorgung nach Chroback bei den abdominalen Myomoperationen. » *Arch. f. Gyn.,* Bd. 42.

LÉONT. « L'hystérectomie abdominale supra-vaginale pour fibromyomes de l'utérus. — Traitement rétropéritonéal du pédicule. » Résultat de 26 cas, tous terminés par guérison. *Arch. de Tocot.,* 1894.

SPINELLI. « Contributo alla chirurgia dei fibromiomi uterini e considerazioni sull'asepsi laparotomica. » *Giornale intern. delle Scienze Med.,* anno XV, fasc. 15, 16 e 17.

LAURO. « Del trattamento del peduncolo in seguito alla laparoisterectomia per fibromiomi. » *Riforma Medica,* Settembre 1893.

LAUWERS. « Du traitement intra-péritonéal du pédicule après l'hystérectomie abdominale, pour fibromes utérins. » *Annales de Gyn.,* Septembre 1895.

HEINRICIUS. « Ueber Myomotomie mit retroperitonealer Stielbehandlung nach Chrobak. » *Cent. f. Gyn.*, N. 37, 1895.

BESSELMANN. « Beitrag zur retroperitonealen Stielversorgung. » *Cent. f. Gyn.*, N. 47, 1891.

V. ERLACH. « Ueber die Erfolge der Myomoperationen im Maria Theresia. — Frauenhospital. » *Wiener Klin. Woch.*, 1895, N. 29.

V. ROITHORN. « Zur retroperitonealen Stielversorgung bei Myomotomie nach Chrobak. » *Wiener Klin. Woch.*, 1893, N. 42 e 43.

SCHICK. « Zur retroperitonealen Stielversorgung bei Myomotomie nach Chrobak. » *Prager med. Woch.*, N. 48, 1892.

—— « Die Myomotomie mit retroperitonealer Stielbehandlung. » *Sammlung. Klin. Vortraege*, Juli 1896.

HOFMEIER. « Zur Stielversorgung bei Myomoperationen. » *Cent. f. Gyn.*, N. 44, 1895.

NOVARO. « Contributo alla cura dei fibromiomi uterini coll'isterectomia totale per la via addominale. » *Il Policlinico*, Dicembre 1893.

« Documents sur l'hystérectomie abdominale totale puor fibromiomes utérins. » Paris, 1896 (Casi di Guermonprez, Lanelongue, Gross, etc.).

CAMELOT. « De l'hystérectomie totale abdominale pour fibromyomes utérins. » *Nouvelles Arch. d'Obst. et de Gyn.*, pag. 377, 1892.

MAYER. « Die operative Behandlung der Uterusmyome in den, Jahren, 1878-1892. » *Zeit. f. Geb. und Gyn.*, Bd. 27-28.

DOHRN. « Ueber die Verwendung elastischer ligaturen zur Stielunterbindungen bei Laparotomien. » *Cent. f. Gyn.*, N. 28, 1894.

2.° Congresso internazionale di Ostetricia e di Ginecologia

GINEVRA — SETTEMBRE 1896.

Al riassunto delle relazioni lette al Congresso, premetto poche parole che esprimano le impressioni da me avute. Niun dubbio innanzi tutto che l'idea di invitare gli ostetrici e ginecologhi del mondo a riunioni periodiche sia stata dimostrata vitale in questo secondo Congresso, della cui organizzazione e riuscita va data sincera lode al professor Reverdin, che dopo la morte del compianto professor Vulliet, ebbe l'abnegazione di assumere l'onorevole ma grave compito di presiederlo, ed ai suoi collaboratori dottor Betrix, dottor Cordes, dottor Bourcard. Essi prepararono ai congressisti anche un'accoglienza delle più squisitamente cordiali ed ospitali, per la quale, ringraziandoli qui, sento di essere interprete dei colleghi italiani che vi intervennero. Il neonato, come alcuni oratori si espressero, crebbe sano e florido e ci affida ormai per l'avvenire. Ed un'altra considerazione ci conforta in questa speranza, che cioè questi Congressi internazionali speciali sono destinati forse a sostituire, con maggior vantaggio, i Congressi internazionali universali che si faranno probabilmente meno frequenti e saranno grandi e solenni manifestazioni dei progressi di tutto lo scibile medico, tanto più solenni quanto più lungo sarà il periodo di tempo trascorso tra l'uno e l'altro. Non è a nascondersi per altro come vi sieno alcune questioni, le quali suscitate e non risolte nel Congresso di Ginevra, risorgeranno nei Congressi futuri e potranno influire sulla vitalità della istituzione. Anzitutto la questione della lingua! A Ginevra come a Bruxelles erano lingue ufficiali del Congresso la lingua francese, quella tedesca e quella inglese. Forse noi eravamo in diritto di attenderci che anche la nostra lingua dovesse essere rappresentata nei dibattiti scientifici, in un paese in cui è pure ammessa in quelli politici, in un paese in cui il popolo italiano s'intreccia con quello francese e tedesco a costituire una sola nazionalità. Ma a parte questa considerazione che si riferisce al postutto solo al Congresso di Ginevra, due soluzioni s'impongono per i Congressi venturi, l'adozione di una lingua sola o l'ammissione delle principali lingue europee. Il problema è difficile e forse non verrà mai risolto in un senso radicale. Non è qui il luogo di esaminare minutamente le ragioni che si presentano per l'una o per l'altra soluzione, ma appunto perchè si bilanciano, si continuerà col sistema finora seguito di sceglierne parecchie. A queste bisogna fare ogni possa perchè sia aggiunta l'italiana, nè sarà difficile se molti di noi vorranno farsi soci fondatori, che, soli, hanno voto deliberante nelle gravi questioni di organizzazione. La lingua unica vorrebbe essere la francese, ma a parte le opposizioni d'ordine politico, havvene una d'ordine psicologico che ha suprema importanza. Supremazia di lingua equivale, è inutile illudersi, anche a supremazia di fatto e di pensiero nei Congressi. L'adozione della lingua francese nelle discussioni scientifiche sarebbe una delle più grandi vittorie che la Francia può presumere di avere nel dominio del pensiero, e come altri popoli non rinunceranno sì facilmente ad un diritto già consacrato per lunga tradizione, così cerchiamo noi di acquistare tale diritto. Nel Congresso di Roma, in cui fu ammessa anche la lingua italiana, non si verificarono maggiori inconvenienti di quelli avuti nei Congressi antecedenti. L'ammissione di parecchie lingue

è del resto stimolo a molti per il loro studio, ed io conobbi a Roma molti colleghi di altre nazioni che appunto si erano sforzati di apprendere il nostro dolce idioma in occasione della loro venuta in Italia. Combattiamo dunque per la nostra lingua, poichè, difendendo questa, difendiamo il nostro pensiero. Ricordiamo ai tedeschi che l'Italia è l'eterna ispiratrice del bello, ricordiamo agli inglesi che Carlyle ha scritto che noi abbiamo la voce del genio che tutti gli uomini e tutti i tempi ascoltano meravigliati, ricordiamo ai francesi che Vittor Hugo, ad una signora che si sforzava di parlargli in francese, rispondeva, parlate, parlate nella vostra musica divina.

Un'altra questione è quella che riguarda l'ammissione dei membri al Congresso. Da taluno si vorrebbe far di questo e della società che lo indice quasi un'Accademia internazionale, per essere ammessi alla quale, converrebbe pronunciare il *dignus est intrare*. Ma sarebbe utile convertire la società ed il Congresso in un campo chiuso, nel quale non scendano che gli iniziati? A me pare francamente di no, a me pare che si andrebbe a ritroso dei tempi, convertendo la forma chiassosa, ma viva, democratica e per quanto si dica in contrario, efficace del Congresso, in quella tranquilla, incipriata, antiquata delle accademie. Il Congresso è una fiera scientifica, vien detto, ma appunto per ciò, se pochi sono quelli che vendono, devono essere molti quelli che acquistano. Se io sono d'avviso che la società ed i Congressi da essa indetti debbano continuare ad avere la forma attuale, egli è evidente che si debba però far tesoro degli ammaestramenti del passato. Ora, nel Congresso di Ginevra, un inconveniente venne da molti lamentato, la molteplicità degli argomenti. Tale inconveniente venne, a mio avviso, aggravato dalla molteplicità delle relazioni su ogni singolo argomento, quasi preoccupati che ogni nazione dovesse avere il suo relatore. Nell'avvenire gioverebbe certo una maggior parsimonia di argomenti ed un minor numero di relatori. Ma una riforma che, per tale riguardo, mi sembra assolutamente necessaria, si riferisce alle relazioni stesse ed al metodo di discussione. Ora le relazioni si leggono e non si discutono e la maggior parte degli oratori inscritti fa quasi una nuova relazione per proprio conto. Invece le relazioni dovrebbero essere realmente distribuite un mese prima e le loro conclusioni dovrebbero essere discusse a viva voce e il dibattito non dovrebbe oltrepassare i limiti del tema indicato al relatore. Una soluzione di tal genere è probabile abbia quanto prima il consenso generale. Non condivido per contro l'opinione di coloro i quali vorrebbero bandite le comunicazioni quasi fossero inutile zavorra dei Congressi. Se noi, a mente tranquilla, compulsiamo gli atti di ogni Congresso, noi vediamo come fra le comunicazioni ve ne sieno di importanti, di molto importanti, quasi da giustificare il giudizio opposto che il meglio passi inosservato, quando si ricordi la fretta, l'impazienza colla quale vennero accolte nei Congressi, nei quali furono fatte. Qui pure però una modificazione è forse necessaria, che le comunicazioni sieno brevi, concise, non infiorate nè di erudizione nè di retorica, sostanziali, possibilmente dimostrative, dette e non lette. Sono queste, brevemente esposte, le mie impressioni. Sarebbe bene che tali questioni suscitassero anche fra noi quella discussione vivace che probabilmente si farà altrove, tanto più che, *mutatis mutandis*, molte considerazioni esposte sono applicabili oltrechè ai Congressi internazionali, anche a quelli nazionali. Io sarò lieto ad ogni modo di accogliere osservazioni, idee, considerazioni, che mi venissero dai colleghi, onde farne tesoro e trasmettere eventualmente al Comitato ordinatore del futuro Congresso di Amsterdam, proposte che rispecchiassero in certo qual modo i desiderati nostri.

MANGIAGALLI.

OSTETRICIA.

PRIMA QUESTIONE.

Frequenza relativa e forme più comuni di restringimenti di bacino secondo i diversi paesi, gruppi di paesi o contrade.

Relazione del dott. FANCOURT BARNES, Londra.

Nella Maternità reale di Londra, durante dieci anni, sopra una cifra totale di 38065 donne incinte, di cui le misurazioni interne ed esterne del bacino sono state fatte con uno stesso sistema, si è trovato:

150 casi di bacini piatti con una coniugata vera di meno di 9,5 cent. — 45 casi di bacini generalmente e regolarmente ristretti con una coniugata vera di meno di 10 cent. — 0 casi di bacini osteomalacici.

Si ebbero:

74 casi di versione — 196 casi di applicazione di forcipe — 15 casi di craniotomia — 0 casi di taglio cesareo.

NB. Quali sono stati nelle nostre cliniche durante gli ultimi dieci anni, i metodi più usati d'intervento secondo i differenti gradi e forme di restringimenti?

Le cifre dimostrano che i restringimenti in generale nella mia Maternità sono insignificanti, non una sola operazione cesarea.

Relazione del prof. FOCHIER, Lione.

(Conclusioni relative alla sola regione lionese).

Dall'esame di 120 bacini di donne prese senza alcuna scelta e in serie continua durante 8 mesi nell'anfiteatro di dissecazione della facoltà di Lione;

dall'esame dei bacini di 105 donne che hanno partorite nella Clinica di Lione durante l'anno 1895, io posso conchiudere che nella regione di Lione vi ha 21.66 0[0 di bacini ristretti (cifra anatomica) e 21. 11 0[0 (cifra clinica).

Che il più gran numero dei bacini semplicemente piatti e un buon numero di bacini generalmente ristretti non presentano traccia di rachitismo.

Che se si tien conto di questo fatto che si trovano delle transizioni insensibili fra i differenti tipi di bacini sufficienti ed i corrispondenti tipi di bacini ristretti, la maggioranza dei bacini ristretti non deve essere considerata come il risultato di fenomeni patologici propriamente parlando, ma come delle varietà di sviluppo.

Questa asserzione è di tutta evidenza per i bacini piatti, meno evidente per i bacini generalmente ristretti.

Relazione del prof. KUFFERATH, Bruxelles.

Statistica della Maternità di Liegi — Riparto del prof. N. Charles. — *Bacini ristretti dei dieci ultimi anni (1886-1895).*

		Bacini ristretti				Parti spontanei a termine o prima del termine			Parti prematuri artificiali			Forcipe				Versioni			Embriotomie		Uncino smusso sull'inguine		Estrazione manuale di presentaz. pelvica		Operazione cesarea		Sinfisiotomie			
Anni	Numero delle entrate	Totale	Da 8 a 9,5 cm.	al disotto di 8 cm.	Nani	Totale	Feti vivi	Feti morti	Totale	Feti vivi	Feti morti	Totale	Feti vivi	Feti morti	Donne morte	Totale	Feti vivi	Feti morti	Totale	Donne morte	Totale	Feti vivi	Totale	Feti vivi	Totale	Feti vivi	Totale	Feti vivi	Feti morti	Donne morte
1886	417	14	10	4	—	—	—	—	9	6	3	4	3	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1887	411	10	5	5	—	1	—	1	6	4	2	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1888	449	11	8	3	—	3	3	—	6	4	2	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1889	514	16	12	4	—	1	1	—	7	3	4	5	2	3	1	2	2	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
1890	475	11	5	6	—	3	3	—	3	1	2	1	1	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
1891	459	9	6	3	—	1	1	—	4 (1 g)	3	2	2	1	1	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1892	445	15	12	3	—	6	4	2	4	3	1	2 (1 g)	2	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—
1893	411	16	13	2	1	3 (1 g)	1	3	3	1	2	9	4	5	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1894	480	24	17	6	1	4	4	—	6	4	2	4	2	2	—	3	2	1	4	—	1	1	—	—	1	1	1	—	1	—
1895	510	34	25	9	—	7	6	1	9	7	2	4	2	2	—	2	2	—	5	—	—	—	3	3	1	1	4	4	—	1
Totale	4571	160	113	45	2	29 (1 g)	23	7	57 (1 g)	36	22	31 (1 g)	17	15	1	8	6	2	21	1	1	1	3	3	6	6	5	1	1	1

Osservazioni sui decessi materni avvenuti.

Uno dopo l'embriotomia, uno dopo l'applicazione di forcipe e uno dopo la sinfisiotomia.

1.° Primipara, bacino poco ristretto; manovre a domicilio (dilatazione manuale del collo e applicazioni di forcipe infruttuose).

Trasportata alla Maternità il 3 Ottobre 1888: *perforazione del cranio,* poi estrazione con le dita e la pinza del Van Huevel; morte per setticemia il 10 Ottobre 1888.

2.° Multipara (de Chénée) avendo avuto 3 bambini difficilmente col forcipe (2 morti); bacino verosimilmente ristretto. Parecchie applicazioni in sua casa, poi portata alla Maternità in cattivissimo stato il 21 Dicembre 1889. L'applicazione di forcipe riuscì. Rifiuta d'entrare all'Ospedale ed è condotta a casa sua il terzo giorno; vi muore il 30 Dicembre 1889.

3.° Primipara con bacino rachitico di 7,5 cent. Manovre a domicilio della levatrice, edema e albuminuria. Trasportata qui il 27 Settembre 1895. Sinfisiotomia ed applicazione di forcipe. Morta di setticemia il terzo giorno; feto vivo.

Tavola riassuntiva.

	Totale	Feti vivi	Feti morti	Madri morte
Parti spontanei . . .	29 (1 g.)	23	7	—
Parti spontanei artificiali .	57 (1 g.)	36	22	—
Applicazioni di forcipe .	31 (1 g.)	17	15	1
Rivolgimenti . . .	8	6	2	—
Embriotomie . . .	21	—	21	1
Uncino su l'inguine .	1	1	—	—
Estrazioni manuali . .	3	3	—	—
Tagli cesarei . . .	6	6	—	—
Sinfisiotomie . . .	5	4	1	1
	161 (3 g.)	96	68	3

Riassumendo, su 4571 donne in dieci anni, 161 bacini ristretti avendo dato (in grazia di 4 parti gemellari) 164 neonati di cui 96 viventi e 68 nati morti o decessi i giorni seguenti. Tre donne sono morte, due alla Maternità ed una a casa sua. (Vedi note qui sopra su questi tre decessi).

Note. — 1.° Non vi fu bacino osteomalacico nè obliquo ovalare di Naegele. — 2.° La maggior parte dei bacini da 8 a 9,5 cm. erano semplicemente piatti, non rachitici. — 3.° La maggior parte dei bacini al disotto di 8 cm. erano rachitici, generalmente ed irregolarmente ristretti; molti erano obliqui, vale a dire asimmetrici, essendo una delle metà laterali più larga che l'altra. Fra quest'ultimi vi era qualche lussazione coxofemorale. — 4.° I bacini nani avevano meno di 8 cm. di

diametro sacro-pubico. — 5.° Molti bacini, moderatamente ristretti, debbono essere sfuggiti all'osservazione, specialmente quando il parto è stato spontaneo, per mancanza di esame sufficiente da parte degli allievi (la notte per esempio).

Statistica dell'Ospedale S.te-Elisabeth a Anversa.

Servizio del dott. Sweerts.

Sopra una cifra totale di 2298 donne incinte, di cui le misurazioni interne ed esterne del bacino sono state fatte secondo uno stesso sistema, si sono trovati: 12 casi di ristringimento ossia 0.52 %, — 9 casi di bacini generalmente ristretti, con una coniugata vera di meno di 10 cm., — 1 caso di bacino obliquo ovalare — 0 casi di bacini osteomalacici. Fra questi bacini si sono trovati:

		Cifra totale	Bacini di cui la coniugata vera misura da 8 a 9.5 cm.	Bacini di cui la coniugata vera è al di sotto di 8 cm.
Bacini semplicemente appiattiti non rachitici .		6	5	1
Bacini piatti rachitici	Bacini semplicemente piatti . . .	3	3	0
	Bacini generalmente ed irregolarmente ristretti.	2	1	1
			Coniugata vera da 9 a 10 cm.	Coniugata vera al di sotto di 9 cm.
Bacini generalmente e regolarmente ristretti. .		0	0	0

NB. Quali sono stati nella vostra Clinica durante gli ultimi 10 anni i metodi d'intervento i più usati secondo i diversi gradi e forme di restringimento?
- Nei bacini al disopra di 8,5 cent. forcipe o versione a termine.
- Nei bacini al disotto di 8,5 cent. parto prematuro artificiale.

Statist. della sezione della Maternità delle levatrici a Bruxelles.

Per la signorina De Moerloose, *maestra levatrice. — Periodo di 25 anni.*

Ho l'onore di comunicarvi il risultato di mie ricerche nei nostri registri dall'anno 1870 fino ad oggi, Dicembre 1895, concernente i vizi di bacino. Sopra 11,222 parti avvenuti in 25 anni si sono avuti 172 casi di viziatura pelvica.

Bacini di cui il diametro coniugato misura da 8,5 a 7,5 cent.	30
» » » » » » 7,5 a 6,5 »	40
» » » » » » 6,5 a 5 »	41
» » » » » » 5 a 4,5 »	3
» » » » al di sotto di 4 »	2
Bacini semplicemente piatti non misurati.	31
Bacini piatti per rachitismo non misurati	12
Bacini osteomalacici	2
Bacini obliqui.	5
Bacini sbarrati? *barrés*	6
	172

Quanto ai metodi d'intervento i più usati, sono il parto prematnro artificiale con procedimenti diversi, l'impiego del forcipe, la versione e l'embriotomia, col forcipe segue il basiotrito.

STATISTICA DELLA MATERNITÀ DI BRUXELLES.

Sezione universitaria. Servizio del prof. KUFFERAT. — *Periodo di 10 anni.*

Su una cifra totale di 5000 donne incinte di cui le misurazioni interne ed esterne del bacino sono state fatte secondo uno stesso sistema, si sono trovati:

75 restringimenti ossia 1.50 0[0 — 71 casi di bacini piatti con una coniugata vera di meno di 9,5 cent. — 4 casi di bacini generalmente e regolarmente ristretti con una coniugata vera di meno di 10 cent. — 0 casi di osteomalacici.

Fra questi bacini si trovarono:

		Cifra totale	Bacini di cui la coniugata vera misura da 8 a 9,5 cm.	Bacini di cui la coniugata vera è sotto agli 8 cm.
Bacini semplicemente appiattiti non rachitici .		22	22	0
Bacini piatti rachitici	Bacini semplicemente appiattiti . .	30	13	17
	Bacini generalmente ed irregolarmente ristretti	19	0	19
			Coniugata vera da 9 a 10 cm.	Coniugata vera sotto 9 cm.
Bacini generalmente e regolarmente ristretti .		4	4	0

Relazione del prof. LUSK, di New York.

CONCLUSIONI.

Le deformità pelviche sono estremamente rare nella nostra popolazione indigena.

Non sono che:

1.° Bacini leggermente piatti. — 2.° Bacini justo-minor. — 3.° Varietà della cifosi e della scoliosi.

Il bacino rachitico è quasi sconosciuto. L'osteomalacia non vi esiste.

Relazione generale del prof. PAWLICK di Praga, per l'Austria-Ungheria.

Abbiamo ricevuto le relazioni seguenti:

Prof. PAWLICK, a Praga, Boemia. — Clinica ostetrica: su una cifra totale di 8924 donne incinte, si sono trovati 1056 bacini ristretti = 11.72 0[0.

Fra questi si è avuto il parto spontaneo in 672 casi = 63.63 0[0, il parto con intervento chirurgico in 384 casi = 36.37 0[0.

Prof. DE ROSTHORN, a Praga, Boemia. — Clinica ostetrica: su una cifra totale di 4289 donne incinte, si sono trovati 99 casi di bacini ristretti = 2.30 0[0.

Fra questi si è avuto il parto spontaneo in 38 casi = 38.39 0|0, il parto con intervento chirurgico in 61 casi = 61.62 0|0.

Prof. Rubeska a Praga, Boemia. — Scuola d'ostetricia per le levatrici: sopra una cifra totale di 4642 donne incinte, si sono trovati 438 casi di bacini ristretti = 9.43 0|0.

Fra questi si è avuto il parto spontaneo in 243 casi = 55.48 0|0, il parto con intervento chirurgico in 195 casi = 44.52 0|0.

Prof. Frank, a Olomonouc, Moravia. — Scuola d'ostetricia per le levatrici: su una cifra totale di 786 donne incinte, si son trovati 99 casi di bacini ristretti = 12.59 0|0.

Prof. Ehrendorfer, a Insbruck, Tirolo. — Clinica ostetrica: su una cifra totale di 2252 donne incinte, si sono trovati 423 casi di bacini ristretti = 17.78 0|0.

Prof. Welponer, a Trieste, Istria. — Scuola d'ostetricia per le levatrici: su una cifra totale di 3000 donne incinte, si sono trovati 145 casi di bacini ristretti = 4.83 0|0.

Fra questi si è avuto il parto spontaneo in 28 casi = 19.31 0|0, il parto con intervento chirurgico in 117 casi = 80.69 0|0.

Prof. Torggler, a Glagenfurt, Kaernten. — Scuola d'ostetricia per le levatrici: su una cifra totale di 650 donne incinte, si sono trovati 45 casi di bacini ristretti = 6.93 0|0.

Prof. Tauffer, a Budapest, Ungheria. — Clinica ostetrica: su una cifra totale di 5072 donne incinte, si sono trovati 54 casi di bacini ristretti = 1.06 0|0.

Fra questi si è avuto il parto spontaneo in 24 casi = 44.44 0|0, il parto con intervento chirurgico in 30 casi = 55.56 0|0.

Tavola riassuntiva.

Sopra una cifra totale di 29615 donne incinte di cui le misurazioni interne ed esterne del bacino sono state fatte con lo stesso sistema, si è trovato:

5.90 0|0. 1748 casi di bacini piatti; con una coniugata vera di meno di 9,5 cm.

1.92 0|0. 570 casi di bacini generalmente e regolarmente ristretti, con una coniugata vera di meno di 10 cm.

0.14 0|0. 41 casi di bacini osteomalacici.

Fra questi bacini si è trovato:

		Cifra totale	Bacini di cui la coniugata vera misura da 8 a 9,5 cm.	Bacini di cui la coniugata vera è al disotto di 8 cm.
Bacini semplicemente piatti non rachitici		1318 = 4.45 %	1288	30
Bacini piatti rachitici	Bacini semplicemente piatti	280 = 0.94 %	186	94
	Bacini regolarmente ed irregolarmente ristretti . . .	150 = 0.51 %	95	55

		Coniugata vera da 9 a 10 cm.	Coniugata vera al disotto di 9 cm.
Bacini generalmente e regolarm. ristretti	570 = 1.92 %	371	199
Bacini osteomalacici	41 = 0.14 %		
Totale	2359 = 7.96 %	1940 = 82.26 %	378 + 41 ost. = 419 = 17.74 %

Relazione del prof. TREUB, Olanda.

Per l'Olanda e sue colonie le ricerche sono state poco fruttuose. E ciò per parecchie ragioni. Da prima si è trovato essere assolutamente impossibile avere dei dati per le colonie. Per l'Olanda stessa, io non poteva che rivolgermi alle Cliniche e alle Maternità per ottenere delle cifre abbastanza elevate per poterne tirare una conclusione. Io non ho ricevuto risposta che dalle Cliniche universitarie di Utrecht e di Amsterdam, ed ho io stesso compilate le osservazioni della Clinica di Leida, dal 1860 al 1896. Questa dà un totale di 22955 parti. Su questi 22955 parti, si sono trovati 816 bacini ristretti, le misurazioni dei quali erano nei limiti indicati dal questionario — *ossia* 3.5 0[0 di bacini ristretti.

Fra questi bacini vi erano:

657 = 2.8 0[0 casi di bacini piatti con una coniugata vera di meno di 9,5 cm.

159 = 0.7 0[0 casi di bacini generalmente e regolarmente ristretti con una coniugata vera di meno di 10 cm.

0 casi di bacini osteomalacici.

Queste cifre si ripartiscono nel modo seguente:

	Coniugata vera da 8 a 9,5 cm.	Coniugata vera al disotto di 8 cm.
Bacini semplicemente piatti non rachitici	234 = 1 %	3 = 0.01 %
Bacini piatti rachitici . . .	346 = 1.5 %	74 = 0.3 %
	Coniugata vera da 9 a 10 cm.	**Coniugata vera al disotto di 9 cm.**
Bacini generalmente e regolarmente ristretti . . .	130 = 0.6 %	29 = 0.1 %

A proposito delle cifre date bisogna ch'io aggiunga due osservazioni.

La prima è che non mi è stato possibile di fare una divisione che si avvicini abbastanza alla verità, fra i bacini rachitici semplicemente piatti, e i bacini rachitici ristretti in più dimensioni. Dunque, ho riuniti tutti i bacini rachitici.

In secondo luogo, le cifre devono essere accolte con beneficio d'inventario, perchè sono necessariamente troppo elevate. Le osservazioni non uscendo che dalle cliniche ostetriche vi si trova un numero relativamente elevato di casi di bacini viziati perchè questi casi sono mandati alla Clinica durante un parto laborioso oppure vi giungono per i parti ulteriori, quando il precedente è stato difficile. È

impossibile di valutare la diminuzione delle cifre che comporterebbe di fare, per arrivare a un risultato più esatto.

Per ciò che riguarda i metodi d'intervento i più usati durante i dieci ultimi anni, regna su ciò in Olanda una grande uniformità di idee che non differenziano che nei dettagli.

Il forcipe non è applicato che nei casi in cui la testa ha di già passato almeno di metà il distretto superiore. Fintanto che non ne è il caso, si fa la versione podalica. Fin qui non si fa la sinfisiotomia (io non ne conosco che un caso, eccettuato quello che comunicai alla società d'ostetricia di Francia).

Per i bacini moderatamente ristretti, si provoca il parto prematuro. È là che vi hanno differenze di dettaglio per il limite del grado del restringimento, che necessiti di già o ancora permetta il parto provocato. Il limite superiore varia per i bacini piatti da $8\,^1/_2$ a 8 cm. e per i bacini generalmente ristretti da $9\,^3/_4$ a $8\,^3/_4$ cm., il limite inferiore da 7,5 a 7 cm., rispettivamente da $9\,^1/_4$ a $8\,^1/_2$ cm. Questa differenza proviene dall'impiego della posizione supina (detta di Walcher) che ha fatto allontanare i limiti del parto provocato per quelli che si servono di questa posizione. Fra i bacini che sono soggetti al parto prematuro e quelli che danno una indicazione assoluta per l'operazione cesarea (coniugata vera di 6,5 cm. per i bacini piatti, 7,5 per i bacini generalmente ristretti) si trovano i casi nei quali si consiglia il taglio cesareo. Se questa operazione con indicazione relativa non è accettata, si fa la perforazione sia della testa prima, sia dopo la versione, quando l'estrazione manuale della testa si trovi essere impossibile.

Relazione del prof. PESTALOZZA, Firenze.

Sopra una cifra totale di 7962 donne incinte accolte nella Clinica ostetrica di Firenze dal 1883 fino al 1895, si sono trovate 2437 donne di cui la coniugata di Baudelocque era al disotto della media.

Togliendo da questo numero le 993 donne che, pur avendo un diametro di Baudelocque di 19 cent. non giustificarono in alcun altro modo, nè con le misurazioni interne nè col progredire del travaglio, il diagnostico di conformazione viziosa, resta un totale di 1444 bacini di cui si sono prese le dimensioni in modo regolare o nei quali il progredire del travaglio giustificò il diagnostico di conformazione viziosa: cioè il 18.13 %.

Fra questi 1444 bacini ristretti si è potuto precisare la forma del restringimento e, nella pluralità dei casi, anche la causa, in 770; degli altri 664 si conosce per molti la misura dei principali diametri, ma non si hanno dati sufficienti per una regolare classificazione.

Nei 770 bacini ristretti, si può riconoscere l'influenza del rachitismo in 339 casi; 145 sono bacini piatti non rachitici; 236 bacini generalmente e regolarmente

ristretti; 50 infine riconobbero delle cause diverse (cifosi, cifo-scoliosi, lussazione uni o bilaterale, paralisi atrofica delle membra inferiori), ad eccezione assoluta dell'osteomalacia che fu riscontrata una sola volta nella Maternità di Firenze, e pure in questo caso senza alcuna influenza sul proseguimento del travaglio.

I 339 bacini rachitici sono rappresentati da:

Bacini rachitici semplicemente piatti	106
Bacini rachitici piatti e generalmente ristretti	41
Bacini rachitici generalmente ed irregolarmente ristretti .	192

I bacini non rachitici in numero di 431 figurano come:

Bacini semplicemente piatti	145
Bacini generalmente e regolarmente piatti	236
Altre forme	50

Fra questi bacini si sono trovati:

	Cifra totale	Coniugata da 8 a 9,5	Coniugata al disotto di 8 cm.
Bacini rachitici semplicemente piatti .	106	87	19
Bacini rachitici piatti e generalmente ristretti	41	30	11
Bacini rachitici generalmente ed irregolarmente ristretti	192	161	31
Bacini semplicemente piatti	145	140	5

	Cifra totale	Coniugata da 9 a 10	Coniugata al disotto di 9 cm.
Bacini generalmente e regolarmente ristretti	236	206	30
Altre forme	50	50	0

Delle 1444 donne affette da restringimento di bacino, 1391 partorirono in clinica: le operazioni reclamate dalla ristrettezza del bacino sono state in numero di 361, cioè:

Forcipe	159
Versione	38
Estrazione	42
Parto prematuro provocato	59
Embriotomia	46
Sinfisiotomie	3
Taglio cesareo	14
	361

La mortalità è stata di 8 donne su 1391 parti, cioè:

3 per infezione puerperale;
3 in seguito al taglio cesareo;
1 per rottura della matrice dopo la versione;
1 per emorragia dopo la sinfisiotomia.
8

In 1391 parti si sono avuti 95 feti morti durante il travaglio e per l'effetto delle operazioni.

(*Continua*).

RASSEGNA

LUDWIG v. KLEINWAECHTER. — **Der Prolaps der weiblicher Blase** (*Del prolasso della vescica femminile*). — *Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, XXXIV Band, 2 Heft.

L'A. raccoglie nella letteratura 18 casi di prolasso della vescica femminile attraverso l'uretra e vi aggiunge un'osservazione personale. Per spiegare l'originarsi del prolasso, previa inversione, l'A. ammette l'influenza d'un rapido aumento della pressione addominale sopra una vescica a pareti floscie i cui legamenti vescico-ombelicali siano rilasciati, non crede possibile l'esistenza d'un prolasso congenito, esclude pure l'eventuale influenza d'un'uretra dilatata. Talora il prolasso è causato da trazioni esercitate da un tumore vescicale. Di rado è interessata la sola mucosa, per lo più tutte e tre le tonache sono prolabenti: il prolasso è poi parziale o totale. In caso di prolasso parziale questo può produrre ritenzione d'urina. L'aspetto della mucosa prolabente è vario secondo il momento in cui questa viene osservata. La sintomatologia varia pure secondo che il prolasso è parziale o totale, a seconda che si origina lentamente o ad un tratto. Se ad un tratto, si possono avere fenomeni d'incarceramento e collasso, se lentamente, il tumoretto che prima si riduce spontaneamente, s'ingrossa, diventa irriducibile, si hanno dolori al sacro ed alla regione inguinale, ora fenomeni di tenesmo, ora ritenzione d'urina, s'osservano sempre lesioni della mucosa vescicale, cui s'associano non di rado lesioni degli ureteri e dei reni. Talora il prolasso della vescica s'accompagna a quello del retto e della vagina. La diagnosi è difficile solo nei primi stadi, la confusione più facile è quella che si può fare con un polipo della vescica e dell'uretra. Non si può parlare di profilassi, difficile pure è la cura nei primi stadii. Stabilita la diagnosi del prolasso noi dobbiamo subito tentarne la riduzione: questa si fa col dito o col

catetere. Per impedire la recidiva noi dobbiamo curare la contenzione del prolasso: questa si fa nelle adulte ponendo un tampone in vagina il quale prema sull'uretra e sul collo della vescica: più tardi al tampone si può sostituire un pessario. Nelle bambine basta legare assieme le gambe. Il riposo a letto ed il cateterismo ripetuto (o meglio la sonda a permanenza) coadiuvano la cura. Nei prolassi parziali, in casi ostinati, si può ricorrere all'ablazione con consecutiva sutura: nei prolassi totali l'unico processo operativo possibile sarebbe la ventrofissazione della vescica. Processi cauterizzanti ed operativi per restringere l'uretra non servono essendo la dilatazione dell'uretra un fatto secondario.

H. SCHULTZ. — **Wendung oder hohe Zange** (*Versione od applicazione alta del forcipe*). — *Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, XXXIV Band, 2 Heft.

L'A. espone il complesso dei risultati di 60 versioni, in presentazioni cefaliche, da lui osservate nella Clinica del prof. Tauffer. Riassume le varie indicazioni per cui furono eseguite e distingue i vari casi a seconda che la versione era fatta in via profilattica o per indicazione urgente. Sulla base delle proprie osservazioni cerca dimostrare come i sostenitori della versione posero questa in una luce troppo rosea; passa in rassegna i diversi inconvenienti in cui si può incorrere, difficoltà dell'estrazione, lacerazioni del collo e del segmento inferiore, per cui elevata mortalità fetale e discreta materna.

Nei casi facili di versione profilattica sostiene la possibilità d'un intervento non necessario.

Il desideratum di poter aspettare senza compromettere l'ulteriore intervento, lo crede ottenuto coll'uso del forcipe applicato allo stretto superiore. Espone particolareggiate undici di tali applicazioni da lui eseguite e sulla base di tali osservazioni, l'A. combatte le varie obbiezioni già sollevate contro tale metodo. Alla mancanza di rotazione della testa fissata col forcipe, si rimedia con una nuova applicazione e con manovre speciali per la via del retto. Le lesioni del cranio, depressioni, ecc. non si osservano in maggior numero che nelle versioni: le lacerazioni perineali da lui osservate crede si sarebbero avute anche coll'uso della versione, ed una fistola vescico-vaginale avutasi dopo tale applicazione, la crede attribuibile alle speciali condizioni del caso. Tutte queste lesioni delle parti molli, specialmente messe a raffronto delle lacerazioni dell'utero, che si possono avere colla versione, non valgono secondo l'A. a togliere il primato al forcipe.

Fu poi esagerata secondo l'A. la difficoltà dell'applicazione alta del forcipe a testa mobile. Riguardo alla mortalità fetale e materna è inferiore a quella che si ha col rivolgimento. Riguardo alla tecnica non crede richieda maggiore abilità del rivolgimento; aggiungasi che non riuscendosi è molto più facile qui la craniotomia

che non un atto embriotomico dopo fallito il rivolgimento. La fissazione del capo, la distensione del segmento inferiore, la procidenza del funicolo non controindicano l'applicazione nè lo fa un modico grado di ristrettezza del bacino. L'A. conclude:

1.° Invece di ricorrere alla versione profilattica, attenersi sempre al metodo aspettante e far il rivolgimento a membrane integre o appena rotte, solo in caso d'urgente indicazione.

2.° A liquido amniotico scolato da tempo s'applicherà sempre il forcipe allo stretto superiore affrettando in caso d'urgenza la dilatazione della bocca uterina.

3.° L'applicazione alta del forcipe si potrà fare senza difficoltà anche in caso di modica ristrettezza del bacino.

4.° In restringimenti di grado più elevato se ne farà solo un tentativo, cedendo poi il posto alla craniotomia.

5.° La tecnica operatoria non richiede l'esercizio che richiede la versione perchè l'atto operativo dia un buon risultato, sia per ciò che concerne la madre come per ciò che riguarda il feto. Non è necessaria per tale applicazione abilità maggiore di quella che richieda qualsiasi altra operazione ostetrica.

L. Negri.

Dott. A. FIORENTINI, Docente. — **Ricerche intorno alle alterazioni più comuni che determinano la sterilità nei bovini.** (Sunto di una comunicazione fatta alla Società Medica-Veterinaria Lombarda). — *Clinica Veterinaria,* N. 14, pag. 161, anno 1896.

Mi sono dedicato a queste ricerche poichè ho rilevato le gravi perdite, che ne derivano all'agricoltore per la sterilità più o meno prolungata delle mucche da latte.

Ho raccolto 50 e più uteri provenienti da bovine vendute per sterilità accertata. Ecco in breve i risultati al quali sono giunto colle mie osservazioni. Circa un terzo degli uteri studiati li trovai affetti da endometrite-catarrale, cosichè l'interno della mucosa presentava un'epitelio alterato, ed in alcuni punti la mucosa aveva proliferato dando luogo a delle neoformazioni verrucose. Le ricerche batteriologiche fatte sul catarro intrauterino, mi dimostrarono la presenza, a coltura pura, di un bacillo ovale, cromogeno e fondente la gelatina. Questo microrganismo inoculato nelle cavie e nei conigli, non si mostrò patogeno per questi animali.

Fra le altre alterazioni ch'io riscontrai, debbo notare qualche caso di endometrite interstiziale, parecchi casi di endometrite glandolare, di metrite tubercolare, di metrite settica per ritenzione di seconde, ed infine osservai due casi di cisti ovariche, ed in maggior numero casi di cisti uterine, del collo dell'utero e della vagina, ecc.

Un fatto che richiamò la mia attenzione e che potrebbe spiegare parecchi

punti oscuri nell'aborto epizootico, fu quello d'avere rilevato come la metrite glandulare, cioè quella che presenta lesioni profonde delle ghiandole otricolari, accompagni sempre la sterilità delle bovine che dispersero per aborto epizootico. Le lesioni persistenti nell'organo glandolare permanente, ci spiegano già la sterilità prolungata che ne deriva. Se ammettiamo che tali lesioni si diffondono anche all'organo ghiandolare di neoformazione (cotiledoni materni, caduchi, deciduali) ci riesce facile comprendere il perchè nell' aborto epizootico si ha spesso la nascita del feto morto e quasi l'immediata sortita delle seconde col feto pei mancati rapporti dei villi fetali colla placenta materna.

Per ciò che riguarda la metrite tubercolare, debbo dire che oltre avere osservato che i punti iniziali di selezione dei tubercoli sono gli strati sotto epiteliali della mucosa e di preferenza dei cotiledoni permanenti, ho notato altresì un altro fatto, che cioè, tale processo, nei casi da me osservati si era diffuso pei linfatici anche alle ghiandole mammarie.

Per ultimo farò ancora osservare come in tutti i casi patologici da me studiati vi mancassero vere neoplasie, quali fibromi, sarcomi, carcinomi, ecc.; si deve quindi ritenere che queste forme neoplastiche sono rarissime nelle bovine, mentre, come sappiamo, son frequenti nella donna.

Dott. GIUSEPPE GIGLIO. — **Aborto trigemino monocorion,** con un embrione acefalo e tre sacchi ovulari distinti, dei quali quello appartenente all' acefalo era polidramnios. Mostruosità con anomalia grave. — *Atti della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia,* vol. II.

L'A. riferisce la storia clinica del caso e fa una circonstanziata descrizione dell'uovo che era monocorion con tre sacchi amniotici distinti, prima di tutto per la rarità del fatto, poi anche perchè esso si presta a rispondere a diversi quesiti finora insoluti, specialmente per quanto riguarda la relazione eziologica dell' anomalia del feto col polidramnios, colla affezione celtica, che nel caso speciale fu riscontrata nel padre, e cogli effetti della compressione determinata dagli altri feti e dai sacchi amniotici. Su tali questioni l'A. non si ferma in modo speciale, riferendosi in tutto al suo lavoro sulle « Relazioni eziologiche fra mostruosità, polidramnios, prematurità, sifilide ed altre infezioni, » di cui fu già fatto cenno in questo giornale, e limitandosi a far osservare come la minuta descrizione delle alterazioni anatomiche del caso, descrizione corredata anche da una chiara tavola, avvalorino la sua ipotesi che l' anomalia abbia relazione coll' affezione celtica dei genitori.

AMADEI.

BIBLIOGRAFIA

Dott. CARLO DECIO. — **Rettificazioni storico-critiche intorno ad un autore della ostetricia Italiana del secolo XVI.** — Milano 1896, coi tipi di L. F. Cogliati.

L'A. dopo avere ricordato come gli storici della ostetricia siano concordi nell'ammettere che minimi furono i progressi dell'arte di raccogliere i parti nella prima metà del secolo XVI e dopo avere accennato in proposito all'opera di Eucherio Rodione: « Der Swangeren Frauwen und Hebammen Rosengarten, » scritto nel 1513 per esaudire ad un desiderio della Principessa Caterina di Sassonia, ed agli altri lavori di ostetricia che seguirono a questo nello stesso secolo per opera dell'Olandese Giason dei Prati (Van der Meersche) di Bonaciolo, di Nicolao Rocheo, di Walther Reiff e di Giacomo Rueff, racconta come, avendo dovuto per alcune ricerche storiche sulla ostetricia italiana, frugare fra gli antichi scrittori della medesima, abbia avuto la fortuna di conoscere alcuni nuovi interessanti particolari riguardanti la *Comare* di Scipione Mercurio, che gli permettono di rettificare alcuni giudizi su quest'opera e sul suo autore, il quale deve essere indubbiamente annoverato fra gli scrittori di ostetricia del secolo XVI anzichè del XVII, rivendicando così all'Italia più remota la sollecitudine verso la propizia arte di soccorrere ai parti.

Fu presso la Biblioteca Ambrosiana che l'A. potè rintracciare l'edizione della *Comare* del 1604, citata da Alberto Haller il quale confessa di non averla veduta. Questa lo spinse ad ulteriori indagini; poichè una lettera dedicatoria in essa contenuta ed indirizzata all'Ill. Sig. Oss. Ottaviano Malipiero, datata dal Convento di S. Eustorgio in Milano addi XXX Ottobre MDCIV, dice essere quella la terza ristampa dell'opera. Su questo dato l'A. fece le sue ricerche e potè rinvenire presso la Biblioteca Marciana in Venezia la prima vera edizione della *Comare* di Scipione Mercurio stampata « in Venetia appresso Gio. Battista Cioti MDXCVI. » L'A. fa una particolareggiata descrizione di questa edizione di cui riporta il frontispizio e ricorda alcuni brani dei tre libri in cui l'opera è divisa, e delle lettere con cui ciascun libro è dedicato a qualche illustre personaggio. Per la data del II e del III libro (1595) e per una lettera di congratulazione di Pietro Zamboni da Schio, in data 30 Novembre 1895, crede poi doversi ritenere errata la data 1596 che leggesi a piè di pagina del frontispizio del libro primo, e doversi invece ammettere che la *Comare* di Scipione Mercurio apparisse la prima volta nel 1595.

Ciò posto è chiaro che debbono necessariamente venire mitigati gli apprezzamenti che su quest'opera vennero formulati e sopra tutti deve essere modificato il severo giudizio di Siebold, ancoracchè noi riscontriamo nelle edizioni del 1601 e del 1604 gli stessi difetti della prima impressione. A questa asserzione l'A. è condotto anche dai ricordi biografici intorno a Scipione Mercurio, il quale, oltre alla

influenza dei suoi tempi, dovette forse anche subire in parte quella dell'abito religioso, lasciato dapprima e nuovamente vestito nella vecchiaia. D'altra parte sembra all'A. troppo spinta l'asserzione che Scipione abbia messo a profitto le dottrine di Ippocrate, di Galeno, di Aristotile, degli arabi, di Rodion, di Rueff, perchè nella *Comare* molte di tali teorie sono aspramente censurate.

La memoria termina con un accurato elenco di ben 17 edizioni della *Comare* di cui nove vennero dall'A. vedute e consultate. Ogni edizione è fatta segno ad interessanti note bibliografiche.

Dott. E. Amadei.

COMUNICATO

COMITATO DI PROPAGANDA

per la riforma dell'art. 189 del Cod. Civ. in favore della ricerca della paternità

Milano - Via Ugo Foscolo, 3.

Illustre prof. avv. Emanuele Gianturco
Ministro della pubblica istruzione

ROMA.

Quando fra i ricordi della vostra carriera politica, vi rammenterete la tornata parlamentare del 21 Gennaio 1892, in cui svolgevate la vostra proposta di legge intorno alle *indagini sulla paternità,* certo di quella iniziativa avrete a compiacervi più che di altri e più completi trionfi, perchè con essa la coltura del giurista si fondeva col sentimento dell'uomo di mente e di cuore, che mira a togliere al proprio paese una vergogna.

Vi sono dei momenti — pur troppo non frequenti — in cui le assemblee legislative assumono la solennità, che non dovrebbe mai esulare dalle loro discussioni; la Camera italiana in quel giorno fu grande.

Ricordatelo, onorevole Gianturco.

« Restaurate il sentimento della responsabilità personale (così chiudevate il vostro discorso), mostrate che lo Stato non può nè deve rimanere indifferente a tanta perturbazione dei sentimenti famigliari; ridate un nome che non suoni vergogna a tanti infelici, non ripetete la terribile sentenza dell'imperatore romano: — A loro sia gioia la morte e supplizio la vita. »

E la Camera, prendendo in considerazione la proposta, faceva eco alla vostra parola con plauso caloroso, mentre il Governo, per bocca del Ministro di grazia e giustizia, dichiarava che in materia così grave, la iniziativa parlamentare poteva essere meno efficace di quella del Governo, il quale non poteva rinunciare al dovere di scegliere il momento opportuno ed i modi più acconci per risolvere l'arduo problema.

Oggi che del Governo fate parte, nei consigli della Corona la vostra autorevole

parola può risollevare il grave argomento che al vostro sguardo sagace non deve parere oggi meno opportuno a risolvere che non nel 1892.

« Le nostre leggi, diceva il Rivet per la Francia (e possiamo ripeterlo noi per l'Italia), proteggono le nostre porte, le nostre finestre, il recinto del nostro giardino, le nostre piante, i nostri campi, il nostro grano, le nostre vigne, i nostri animali, le nostre mucche o il nostro cavallo; ma non proteggono la donna; non proteggono il figlio naturale. Anzi, mentre non riconoscono il figlio naturale quando avrebbe bisogno della loro tutela, codeste leggi *lo riconoscono soltanto a vent'anni,* per strapparlo alla martire che è sua madre, e della quale incomincia appena ad esserne il sostegno, onde farne un soldato! »

Quando si riflette a codeste anomalie la mente resta profondamente turbata, e ci si chiede per quali fatalità possono esse perdurare in paesi civili, dove non mancano uomini di robusto ingegno e di gran cuore.

E l'anomalia si fa tanto più grave quando si consideri che la riforma dell'art. 189 del Codice Civile, è entrata già — e non da oggi — nella coscienza dei dotti, dei legislatori, del paese: mezzo secolo di studî sta a provare che il tema è maturo per una soluzione; perfino i più scettici, in istrano connubio coi più paurosi, non osano opporre ostilità di principî, e solo disputano sulla estensione della riforma, sulle garanzie e sulle cautele di cui dev'essere circondata, affinchè non si trasformi in ispeculazione di male femmine e in palestra ai parassiti del vizio. E siamo d'accordo.

Ma il legislatore italiano continuerà in faccia al mondo civile a mantenere una iniquità nel Codice, solo perchè l'integrazione della giustizia presta il fianco a inconvenienti e pericoli?

No; voi, e con voi altri uomini eminenti del Parlamento, avete aperta la via alla reclamata riforma: agite, ed il paese vi seguirà.

Se così non fosse, il Parlamento mostrerebbe la sua impotenza nella tutela del più sacro degli istituti, la *famiglia.*

I quarantaduemila figli illegittimi del 1863 saliti ai settantaquattromila del 1894, malgrado che da oltre un decennio si lavori energicamente a sopprimere il *vergognoso arnese della ruota,* reclamano, ogni giorno più, una soluzione giuridica; l'ecatombe obbrobriosa — rappresentata dalla mortalità degli illegittimi nei brefotrofi — impone l'urgenza d'una soluzione umanitaria (1); il contingente dato al meretricio e alla maternità *ex-lege* dalle classi povere (2) rappresentato dalla proporzione di oltre nove decimi, in confronto delle classi agiate, reclama una soluzione sociale, perchè questa sproporzione vi afferma che non il vizio più predomina nel basso, ma che le sollecitudini delle classi più colte devono esplicarsi a tutelare, e non a insidiare, le vittime della ignoranza e del bisogno.

È certo che l'affermazione pura e semplice del diritto alla ricerca della pater-

---

(1) La mortalità dei bambini esposti e degli illegittimi non riconosciuti, è più che doppia di quella osservata pei legittimi.

(2) Sopra 10,422 meretrici patentate nel 1881 si aveva questa ripartizione delle rispettive condizioni economiche: benestanti n. 262, artigiane 2165, operaie 2333, contadine 2033, persone di servizio 3629 (relazione bilancio prev. 1883 Ministero dell'interno).

Delle cause che spingono 10.160 povere di fronte a 262 ricche al meretricio, oltre l'ignoranza e il bisogno, avvi anche l'insidia: « Generalmente sono spinte al meretricio le giovani, che, per cagione di lavoro, hanno frequenti e facili rapporti con persone agiate da cui sono sedotte! » (Relaz. della R. Commissione per lo studio delle questioni relative alla prostituzione).

nità, senza indicare la via sicura per praticamente rintracciarla, può essere sterile di effetti; e pertanto siamo convinti che la riforma invocata dell'art. 189 del Codice Civile debba trovare efficace soluzione nella formula che « *fatto obbligo il riconoscimento da parte della madre, è ammessa la ricerca della paternità.* »

La parola che pubblicamente vi rivolgiamo, onor. Gianturco, può derivare in parte la sua autorità dai lunghi studî in argomento, dal contatto diretto colle sventure, coi lutti, coi danni e colle vergogne che scaturiscono come conseguenze della barbara legge della quale invochiamo la riforma; ma la parola nostra attinge sopratutto in questo momento la sua maggiore autorità da un mandato conferitoci in pubblico (1).

La protesta delle coscienze — in questo delicato argomento — s'era finora circoscritta alle disquisizioni forensi, ai congressi giuridici, alle dispute legislative, alla cattedra, al libro; esce ora da questi confini per diventare sentimento popolare. Fino ad ora poteva il pregiudizio e il convenzionalismo mantenere nell'ombra la donna tradita e il figlio reietto; oggi invece essi partecipano — come tali — a pubbliche adunanze, non disposti a soffrire oltre in silenzio l'onta degli errori e delle colpe altrui, intenti invece ad affermare altamente l'urgenza di una riforma reclamata dalla civiltà e dal diritto.

È la ripercussione di questa legittima protesta che i sottoscritti fanno giungere a Voi, convinti che, pei vostri studî, per le vostre doti di mente e di cuore e pei vostri precedenti, siate chiamato a cooperare al compimento di quest'opera di rivendicazione giuridica e morale, che, più d'ogni altra, attirerà sul vostro nome le benedizioni più sincere, le compiacenze più intense, il maggior titolo alla pubblica benemerenza.

Milano, Novembre 1896.

IL COMITATO

PORRO prof. EDOARDO, senatore, *presidente.*

MAFFI ANTONIO, *vicepresidente.*

Consiglieri: ANGIOLINI prof. FRANCESCO - BAJ avv. ENRICO - BERTAZZOLI dott. ANNIBALE CICARDI avv. POMPEO - DE CASTIGLIONI dott. LUCIO - GUZZELONI BENO RONDANI dott. DINO - SCHIFF prof.ª PAOLINA.

Segretario: GALIMBERTI ALESSANDRO.

---

(1) Sollecitato da un gruppo di figli illegittimi a promuovere un'agitazione per la questione della *ricerca della paternità,* l'ex deputato Antonio Maffi convocava il 29 Giugno 1896 in Milano una pubblica adunanza.

In essa veniva votata la seguente mozione: « L'adunanza promossa da persone senza distinzione di partito, convinta della necessità di un'agitazione in favore della ricerca della paternità, passa alla nomina di un Comitato perchè usi tutti i mezzi possibili onde si addivenga alla sanzione legislativa della ricerca della paternità. »

Il Comitato per acclamazione fu costituito nelle persone dei signori: senatore Porro prof. Edoardo, *presidente;* Maffi Antonio, *vicepresidente;* Galimberti Alessandro, *segretario;* Angiolini prof. Francesco, Baj avv. Enrico, Bertazzoli dottor Annibale, Cicardi avv. Pompeo, De Castiglioni dott. Lucio, Guzzelloni Beno, Rondani dott. Dino, Schiff prof. Paolina, *consiglieri.* — Il Comitato poi ebbe facoltà di aggregarsi altri membri per estendere l'agitazione in Italia.

NECROLOGIO

Prof. GIUSEPPE MADRUZZA.

Annunciamo con dolore la morte del distinto collega che, strenuo combattente sui campi di battaglia della indipendenza italiana, dedicò poi la sua attività alle scienze mediche, ed in modo speciale alla chirurgia ed all'ostetricia, per cui, professore prima di anatomia e clinica chirurgica alla Università di Camerino, ebbe poscia la cattedra di ostetricia e clinica chirurgica in quella di Perugia, dove ebbe il merito di ordinare la scuola di ostetricia per levatrici e di fondare, nel 1879, l'Istituto di Maternità. Fra i suoi lavori meritano specialmente di essere ricordati i seguenti: *Dell'aborto ostetrico e della gastro-isterotomia e delle altre risorse dell'ostetricia nei casi in cui la gravidanza ed il parto minacciano la vita della gestante,* Perugia, 1862. — *Cardiografia e cardiometria fetale,* Perugia, 1885. — *In tesi di vitalità. Voto medico legale,* Perugia, 1891.

Prof. **Luigi Mangiagalli**, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.

Anno XVIII. Dicembre 1896. Num. 12.

Annali di Ostetricia e Ginecologia

PUBBLICATI DAI PROFESSORI
EDOARDO PORRO e LUIGI MANGIAGALLI

21 JAN 97 LIBRARY

Prof. L. M. BOSSI
DIRETTORE DELLA R. SCUOLA OSTETRICA DI NOVARA

Sulla degenerazione grassa dell'utero durante la gravidanza

COMUNICAZIONE AL CONGRESSO INTERNAZIONALE DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA IN GINEVRA (Settembre 1896).

Signori,

Che in seguito al parto le fibre muscolari uterine vadano in preda a degenerazione grassa è noto e stabilito; non mi consta però che ad altri sia occorso di constatare come tale degenerazione grassa possa iniziarsi già all'ultimo od agli ultimi mesi di gravidanza.

Ora tale fatto ebbi io una prima volta casualmente a riscontrare mentre stavo facendo altri studii, e da allora attesi ad esaminare se esso fosse o meno costante.

Ebbene, nei tre uteri umani nei quali potei finora fare tale ricerca, così durante la gravidanza che a termine, sempre trovai una manifesta degenerazione grassa delle fibre muscolari delle pareti, ciò che riuscendomi nuovo e interessante stimai utile comunicarvi in uno alle esperienze che finora feci sugli animali.

1.° Nel primo caso trattavasi di primipara, gravida all'ottavo mese, che presentava sulla parete anteriore dell'utero un fibromioma voluminoso quanto una testa di feto, il quale, a causa della sua speciale disposizione, comprimeva gravemente la parete addominale e l'utero, provocando tali disturbi, da obbligarmi ad un intervento radicale.

Essendo l'utero molto stirato in alto e non accessibile, mi decisi a praticare la laparotomia, in seguito a cui, non potendo enucleare il tumore senza pericolo per la madre, procedetti alla operazione cesarea

demolitrice con esito felice pel feto e per la madre (il 6 Novembre 1894), usando, per elezione, del mio metodo di ablazione totale.

L'esame che eseguii per queste ricerche, fu di pezzi tolti da varii punti della parete posteriore, ove nessuna traccia assolutamente esisteva di fibromioma.

2.° Il secondo utero che esaminai, apparteneva ad una paziente nella quale durante il sopraparto avvenne rottura d' utero seguita da emorragia tanto imponente da obbligare alla rapida ablazione di esso per via vaginale, ciò che eseguii il giorno 8 Aprile 1896.

3.° Il terzo utero apparteneva a paziente, che operai negli ultimi giorni della gravidanza di taglio cesareo demolitore per bacino osteomalacico. Eseguii l'atto operativo il 6 Maggio 1896.

Tecnica istologica seguita. — La tecnica che seguii per tali ricerche fu la seguente: posi i pezzi, che esportavo da varii punti delle pareti uterine e da varii strati, divisi in pezzettini, in una miscela di liquido del Müller e di acido osmico. Altri di tali pezzettini, a tempo diverso, furono dilacerati, facendo o no precedere la colorazione in massa col carmino all' allume. Altri furono, dopo completo indurimento, colorati in massa ed inclusi in gomma per essere studiati in sezioni, evitandosi con tale modo di inclusione il trattamento con liquidi, che sciolgono il grasso.

Feci tale trattamento coll'acido osmico per avere una prova più sicura, che le sferettine splendenti constatate nelle fibro-cellule muscolari con un primitivo esame fossero costituite realmente da grasso, il quale, coll' acido osmico, assume un colore nerastro.

Reperti istologici. — Ed ecco i risultati che dall' esame di tutti i pezzi, preparati seguendo la detta tecnica, ottenni:

Coll' esame dei preparati per dilacerazione constatai subito ed in tutti tre gli uteri, che i fasci di fibre muscolari lisce sono colpiti da degenerazione adiposa, spiccando le gocciole adipose contenute nelle fibro-cellule muscolari, perchè colorate intensamente in nero.

Con un attento studio dei preparati potei poi riscontrare tutte le fasi del processo, dagli stadii cioè iniziali alla completa distruzione delle fibre muscolari (Vedi figure).

Le fibre muscolari invero in completa distruzione erano limitate in numero nei varii pezzi tolti da varie regioni, dimostrandosi con ciò, che il processo non era molto avanzato.

Così, esaminando i preparati, fra numerosissime fibro-cellule completamente normali, se ne trovano molte che sono, in confronto a queste, leggermente ingrossate, hanno un nucleo normale intensamente colorato dal carmino, ma nella loro sostanza contrattile, che costituisce la massima parte del corpo cellulare, si nota un numero più o meno grande di piccole sferette nere (fig. 1 e 2), e quando il numero di queste è grande, esse tendono a disporsi in serie lineare.

Questi stadii iniziali dimostrano che, come per le fibre muscolari striate, la degenerazione adiposa colpisce la sostanza contrattile, e che le primitive goccioline anche nelle fibre muscolari liscie assumono una disposizione in serie lineari ed offrono una grossezza abbastanza uniforme (fig. 3).

L'analogia quindi (come ebbi già a dimostrare in altro mio studio sull'assorbimento dei fibromiomi), fra la degenerazione delle fibre muscolari striate e liscie è evidente.

Queste goccioline adipose devono certamente, a stadio più avanzato, fondersi fra loro, perchè si trovano fibro-cellule, che, oltre le piccole, contengono un numero sempre più grande di grosse gocciole nere.

Le fibro-cellule, che contengono numerose gocciole grosse, hanno per lo più un nucleo, che solo debolmente si colora o non si colora affatto, ed in quest' ultimo caso i contorni di questo sono irregolari, depressi dalle vicine gocciole, che lo comprimono, ed il contenuto nucleare giallastro appare come rarefatto da numerosi vacuoli; i contorni cellulari veggonsi molto indistinti nei frammenti di tessuto, poichè, stante la friabilità, si trovano difficilmente cellule isolate.

Trovansi infine dei frammenti di tessuto in cui si hanno dei corpi fusiformi allungati, privi affatto di nucleo e che sono formati da ammassi di grosse e piccole gocciole adipose (fig. 4); corpi che per la loro conformazione e disposizione si devono riconoscere per fibro-cellule muscolari in avanzatissima fase di degenerazione.

Tali corpi però non si riscontrano che in limitato numero. Il tessuto che li racchiude è talora finamente fibrillare, più spesso granuloso e cosparso di gocciole adipose, inoltre è infiltrato da un numero variabile di leucociti, che racchiudono nel loro protoplasma delle gocciole nere.

In ultimo si trova anche qualche frammento costituito da un materiale granuloso ed in parte finamente striato, in cui stanno ammassi

irregolari di gocciole adipose ed un numero grande di leucociti sovracarichi di gocciole adipose (fig. 5).

Esaminando poi le sezioni fatte al microtomo, si scorgono gli stessi particolari e vedesi come la degenerazione è nei fasci di fibro-cellule irregolarmente distribuita, per modochè vicino a qualche fascio in cui la degenerazione è molto avanzata, se ne hanno altri molti in cui lo è poco, e dei tratti anche, sebbene scarsissimi e piccolissimi, in cui vi ha poca traccia di tessuto muscolare, esistendovi una fitta infiltrazione di leucociti fra ammassi informi di grosse gocciole nere.

Indubbiamente dunque in detti tre uteri erasi già iniziato il processo di degenerazione grassa, pur trovandosi tale processo poco avanzato e poco diffuso.

Esperienze sugli animali. — Tentai lo studio sperimentale di tale fatto anche sugli animali scegliendo le cagne e le coniglie. Il metodo che seguii finora a tale riguardo si fu:

Aprivo l'addome dell'animale gravido; trovandosi abitualmente entrambi i corni dell'utero sede di feti, ne sceglievo uno, quello che ne conteneva in minor numero, ed alla distanza di due, tre centimetri dal suo impianto sul corpo, ponevo una legatura in seta ed escidevo la parte esterna alla legatura.

Riponevo l'altro corno col corpo nel cavo peritoneale, e, fatta una diligente toilette addominale, suturavo a strati separati peritoneo ed addome. Scopo si era di permettere all' animale di continuare la gravidanza del corno rimasto in posto per poi avere anche questo da esaminare ad epoca più avanzata.

Questa seconda esperienza finora non mi riuscì perchè nelle operate, sia cagne, sia coniglie, i feti rimasti nel corno non esciso morirono o vennero espulsi parecchie ore dopo l'operazione.

I corni primitivamente estratti li esaminai seguendo la stessa tecnica, che usai per gli uteri umani, e riscontrai in due cagne a termine la degenerazione grassa delle fibre; in nessuna delle coniglie ciò trovai finora; è però a notarsi che le coniglie usate per esperimento non erano che alla metà della gravidanza. Riassumendo dunque dirò:

1.° In tre uteri di donna, di cui uno estratto all'ottavo mese di gravidanza, gli altri due a termine, si riscontrò evidente il processo di degenerazione grassa in atto.

2.° A tale riguardo non mi fu possibile finora avere altro utero

estratto durante la gravidanza da esaminare, epperò debbo chiedermi se in realtà sia un fatto fisiologico comune sebbene, ch'io mi sappia, non conosciuto finora, che la degenerazione grassa si inizii già durante la gravidanza all'ultimo od agli ultimi due mesi.

3.° A ciascun ostetrico riuscì certo sempre meravigliosa a considerarsi la rapidità con cui l'utero puerperale si riduce nelle sue proporzioni, tanto da divenire, in una quindicina di giorni, almeno un ventesimo del suo volume e del suo peso. Veramente ammirabile fenomeno questo, dovuto, pare, completamente al processo della degenerazione grassa, il quale evidentemente deve effettuarsi con una veemenza e rapidità non credibile, qualora il fatto non fosse quotidianamente e direttamente constatato. Ora, non potrebbe tanta rapidità di involuzione, essere spiegata dal fatto (qualora venga comprovato da altri casi), che il processo di degenerazione grassa, che deve poi provvedere alla riduzione allo stato abituale dell' utero, già si inizii durante l' ultimo o gli ultimi due mesi di gravidanza?

4.° Ammesso tale nuovo fenomeno non pochi quesiti e soluzioni di essi verrebbero a stabilirsi. Così una domanda ovvia si presenterebbe, e cioè, quale influenza potrebbe esercitare l'esistenza di detto processo nelle fibre dell'utero per rapporto al sopraparto? Non potrebbe la presenza di tale processo già troppo avanzato e diffuso spiegare i molti casi di inerzia dell'utero durante il parto?

5.° Ogni argomentazione e conclusione al riguardo finora è intempestiva, ma servirà d'eccitamento ad altre ricerche, non essendo facile per un solo ostetrico avere molti uteri estratti durante la gravidanza. Si presenta invero lo studio sperimentale sugli animali, ch'io già tentai riscontrando detto processo in utero di cagne a termine, ma non credo che il risultato, qualunque ne sia, negativo o positivo, ottenuto in essi, possa applicarsi all' utero umano in modo assoluto; saranno però tali ricerche evidentemente interessanti assai per la fisiologia ostetrica.

Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3. Fig. 4. Fig. 5.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE.

Fig. 1, 2. — Fibro-cellule muscolari agli inizii della degenerazione grassa. Esse infatti presentano un numero limitato di sferettine (gocciole adipose colorate in nero) irregolarmente disposte.

Fig. 3. — Fibro-cellula muscolare in degenerazione grassa più avanzata che nelle precedenti. Ivi infatti le sferettine di grasso dispongonsi già linearmente a serie.

Fig. 4. — Residuo di fibro-cellula muscolare in avanzatissima degenerazione grassa. Il contorno della fibro-cellula è quivi già completamente scomparso, e la fibro-cellula è raffigurata nella sua forma dalle numerose gocciole adipose ancora disposte a serie.

Fig. 5. — Leucocito ripieno di gocciole adipose, destinato all'eliminazione del grasso.

Dott. CARLO DECIO

Per la statistica del taglio cesareo demolitore

OSSERVAZIONI CLINICHE

Nelle molteplici pubblicazioni, che in questi ultimi tempi apparvero tanto in Italia quanto all'estero sopra svariate questioni riflettenti il taglio cesareo, noi vediamo che le statistiche vanno spesso facendosi ricche di qualche caso rimasto inedito. Da ciò nasce che queste nelle loro risultanze vanno soggette a notevoli mutamenti, pei quali anche le deduzioni debbono necessariamente variare. Ad ovviare a simili inconvenienti che ingenerano inutili confusioni ed erronei giudizi, sarebbe desiderabile che tutto fosse accuratamente notato, non solo riguardo a quei casi che sono coronati da felice successo, ma sibbene anche agli altri in cui la impresa ha fallito.

Vero è che i casi occorsi in pubblici istituti, di solito figurano nelle pubblicazioni statistiche così dette *ufficiali*. Ma chi per poco abbia dovuto sfogliare simili relazioni, si sarà bene spesso convinto della insufficienza delle medesime, imperocchè affidate per lo più alla burocratica compilazione di un impiegato *d'ordine*, la statistica nosologica, accozzata con criteri generali e senza alcuna particolarità, è troppo spesso soverchiata dalle pedantesche minuzie della statistica amministrativa.

Per cui credo far opera utile nel consegnare agli *Annali* dell'arte ostetrica le seguenti 3 osservazioni di taglio cesareo seguite da amputazione utero-ovarica, ed a ciò mi sento vieppiù mosso, in quanto che mi riescì impossibile di continuare, come era mio intendimento, la serie dei Rendiconti clinici del Comparto ostetrico-ginecologico dell'Ospedale Maggiore di Milano, cui fu addetto per otto anni consecutivi, e riferen-

tisi all'ultimo periodo di tempo nel quale fu affidato alle cure del prof. Mangiagalli (1).

Le tre osservazioni di cui darò sommariamente la storia appartengono appunto al materiale del suddetto istituto.

Osserv. I (2). — De Mel... Margherita, d'anni 34, nubile, casalinga, di Pavia. Entra in Comparto il 30 Ottobre 1894 (cedola 840, 56). Nulla di rimarchevole offre il gentilizio. La paziente asserisce che prima della età di tre anni era di costituzione regolare, e fu solo allora che, colta da scarlattina con postumi gravissimi, fu per sempre malaticcia e quasi inferma obbligata a letto fino alla età di 10 anni. Solo a quella età cominciò a reggersi colle gruccie, perchè nel periodo di tempo già accennato si erano andate mano mano svolgendo gravi difformità dello scheletro. La prima mestruazione era apparsa a 17 anni, abbondantemente ma senza dolori, e le successive si erano mantenute sempre regolari per periodo, benchè sempre abbondanti e della durata di 5 o 6 giorni. Per sua mala ventura la paziente quantunque nana e deforme, fu sedotta e per qualche tempo convisse con un individuo che oltre renderla madre imprimeva altresì a quel misero organismo il triste retaggio di infezione celtica. L'ultima mestruazione era apparsa dal 1.° al 6 Marzo; nel mese di Maggio aveva avvertite le modificazioni gravidiche delle mammelle ed alla fine di Giugno i primi moti attivi fetali.

La Margherita misura in altezza 115 cm. La calotta cranica non presenta nè alla ispezione nè al palpamento alcuna notabile irregolarità; la colonna cervicale è deviata verso sinistra. Alla radice del collo l'asse vertebrale devia bruscamente formando una cifoscoliosi molto spiccata a convessità destra, cosicchè la metà destra del torace forma una gibbosità pronunciatissima. Lo sterno è pur esso deviato a destra, specialmente nella sua metà inferiore, e sporgente allo innanzi in corri-

---

(1) Nel Comparto ginecologico ostetrico di Milano nel tempo che fu diretto dal prof. Mangiagalli, vennero praticati altri tre tagli cesarei demolitori che vennero già pubblicati e che qui riassumo.

I. *Epitelioma ulcerato del collo uterino* con diffusione alla volta vaginale ed al parametrio destro. Taglio cesareo alla Porro. Guarigione, feto vivo. Vedi Mangiagalli, « Due casi di taglio cesareo col metodo Porro per rare indicazioni.» *Annali di Ost. e Gin.*, 1890, pag. 215.

II. *Carcinoma del collo uterino* con diffusione alla vagina e ai parametri. Taglio cesareo alla Porro. Morte per peritonite circoscritta secondaria a focolai di decomposizione putrida in grembo alla neoplasia cancerosa. Feto asfittico non rianimato. Ibidem, 1890, pag. 215.

III. *Carcinoma del collo* con diffusione secondaria alla vagina ed al parametrio. Isterectomia totale vagino addominale. Guarigione, feto vivo. Vedi la nota clinica del dott. Amadei. Ibidem, 1896, pag. 394.

(2) A scanso di equivoci, noterò che questa osservazione venne annunciata con brevi parole nel *Giornale per le levatrici* di quello stesso anno.

spondenza delle inserzioni della 2.ª 3.ª costa. Le coste di destra sono molto più lunghe di quelle di sinistra, di guisa che il torace destro riesce altresì più voluminoso del sinistro. In corrispondenza dell'angolo inferiore della scapola la colonna dorsale devia verso sinistra per un tratto di 10 cm. allo incirca, così pure deviate a sinistra appaiono le ultime vertebre lombari, non solo, ma anche il sacro, benchè con una inclinazione meno pronunciata. Data una simile architettura ossea del tronco, il torace sinistro risulta come accartocciato. Il bacino è molto più sviluppato a sinistra che a destra, le creste iliache e le spine anteriori non risultano su di un piano orizzontale, ma inclinate dall'alto al basso; la cresta iliaca sinistra dista dal suolo 75 cm., 67 invece quella di destra. I trocanteri hanno un dislivello minore imperocchè il destro dista dal suolo 60 cm. e l'altro 62. I femori sono curvi a concavità interna, ma ciò è più apparente dal destro lato, il ginocchio destro è più basso dell' altro e la rotula corrispondente è rivolta più verso l'esterno. Le tibie sono verticali per un tratto di 15 cm. circa (cioè fino al terzo inferiore), deviano poscia allo infuori e tale deviazione è più appariscente dal destro lato. I piedi nulla offrono di speciale.

Tale è a grandi tratti la fisionomia scheletrica della nostra paziente. Per brevità non accenno ai limiti degli organi toracici ed ipocondriaci, anormali in ragione delle scheletriche deformità, tanto più che i detti organi nulla offrono di abnorme riguardo alle rispettive funzioni.

L'addome si mostra disteso come in una gravidanza al 7.º mese. Colla palpazione si avverte l'utero di forma ovoidea, l'estremo cefalico in basso, il dorso fetale a sinistra, e a destra ed in alto le piccole parti. Colla ascoltazione si ode distintamente il battito cardiaco fetale nel quadrante inferiore sinistro. Gli organi genitali esterni da nullipara sono sede verso la forchetta di un'ulcera sifilitica. Nulla di rimarchevole offre la vagina ed il collo uterino.

L'arcata pubica normalmente ampia, le branche ischio-pubiche normalmente divergenti verso le tuberosità ischiatiche, la superficie interna è liscia, senza spine o tuberosità, invece la branca orizzontale del pube di destra ha una cresta tagliente rivolta in basso ed all'indietro, la sinfisi è regolare. La parete cotiloidea di destra è più sporgente che non quella di sinistra. La concavità sacrale non è regolare formando il sacro come una inflessione profonda in corrispondenza della unione della 3.ª colla 4.ª vertebra sacrale. Il coccige abbastanza mobile. Diametro emisacro sottopubico cm. 8 1[2, la distanza sacro-cotiloidea di sinistra minore di quella di destra essendo l'angolo sacro-vertebrale deviato a sinistra. Insenatura sacro-iliaca dello stesso lato molto più piccola in confronto della destra. Si avvertono distintamente due promontori, uno rappresentato dall'angolo sacro-vertebrale, e più in basso ed a sinistra si nota una sporgenza notevole data dall'unione della 1.ª colla 2.ª vertebra sacrale. L'angolo sacro-vertebrale è piuttosto acuto.

Distanza dal margine inferiore della sinfisi pubica al secondo promontorio 79 mm. Ingresso pelvico completamente libero. C. V. 68-70.

In vista della infezione sifilitica si credette opportuno iniziare di subito il trattamento specifico colle iniezioni di bicloruro di Hg. Ciò non di meno alla regione perianale ove, come fu detto, erasi riscontrata l'ulcera sifilitica, venne praticata addì 5 Novembre una incisione allo scopo di svuotare un piccolo ascesso che si era formato. Al giorno 12 furono visti alla cute dei tumultuosi e manifestissimi segni di roseola, nella più completa apiressia e nel più completo benessere, laonde si perdurò nella cura mercuriale fino al giorno 19 Dicembre, arrivando così alla 17.ª iniezione con miglioramento evidentissimo tanto dell'ulcera quanto della roseola, allorquando, per essere insorte le contrazioni uterine preludianti il travaglio, addì 20 Dicembre, cloroformizzata la paziente, il collega dott. Ghezzi, dietro cortese invito del prof. Mangiagalli che di persona lo assistette, incise l'addome da due dita sopra il bellico a tre circa dal pube. Divaricate le labbra della incisione si presentò la superficie del corpo uterino, la quale venne incisa in *situ* pel tratto di 10 cm., indi inciso anche il sacco delle acque ed introdotta la destra mano nell'utero, questa ne ritrasse il feto non senza prima aver allargata ancora di due centimetri la breccia, che erasi mostrata troppo angusta al passaggio del feto. Nel disimpegno del quale notossi una lacerazione in corrispondenza dell'angolo superiore della ferita per l'ampiezza di 2 cm. e diretta perpendicolarmente alla praticata incisione.

Il feto vagì subito; il secondamento fu facile, l'utero si contrasse ma le labbra della ferita non combaciavano perfettamente, per cui, tratto alla breccia, vi si pose attorno il cingolo elastico, indi praticate le allacciature dei legamenti venne esciso, ed il moncone trafitto da un ago fu fissato all'angolo inferiore della ferita, che con punti staccati, a tutto spessore delle pareti venne suturata. Il feto di sesso femminile, della lunghezza di 41 cm. (non è notato il peso), ben conformato, non presentava alcuna traccia esterna di lue celtica.

Nessun accidente post-operativo venne a turbare il decorso, le temperature oscillarono fra 36. 6 e 37. 4. Addì 29 si fece la prima medicazione del moncone completamente mummificato, poichè era stato coperto da una miscela essicante. Addì 2 Gennaio 1895 furono levati i punti della sutura che attecchì per prima. La donna, sempre apiretica, fu assoggettata (a principiare dal giorno 6 Gennaio) di bel nuovo alla cura mercuriale per via ipodermica. Esciso il peduncolo verso la metà di Gennaio. Dopo qualche medicazione dell'infundibolo che fu ancora richiesta, la paziente usciva dal Comparto il 1.º Febbraio 1895.

Osserv. II. — Cast... Rosa, d'anni 36, cucitrice, di Cassano d'Adda, è ospiziata addì 7 Marzo 1895. Immune da qualsiasi labe gentilizia,

mestruata regolarmente per la prima volta a 13 anni, vide sempre i suoi catameni regolari per periodo, quantità e durata fino a 10 anni or sono, epoca nella quale si fecero molto abbondanti, benchè la durata rimanesse costante fra 5 o 6 giorni. Passata a marito, all' età di 26 anni, essa rimase gravida; durante la gestazione apparvero edemi agli arti inferiori ed al 7.° mese, senza alcuna causa apprezzabile, la gravidanza fu spontaneamente interrotta con esito di un feto vivo ma che moriva poche ore dopo. Il puerperio decorse afebbrile, nè presentò alcun incidente degno di particolare menzione. La paziente non allattò. Fu solo dopo che il puerperio ebbe varcato il suo termine, che la donna incominciò ad avvertire ad intervalli dei dolori assai vivi alle ossa degli arti inferiori ed a quelle del bacino, dolori che non la abbandonarono più, sebbene manifestassero di quando in quando delle tregue seguite per lo più da manifeste riacutizzazioni.

Vivendo in tali meschine condizioni, una nuova mancanza delle mestruazioni che si era verificata coll'Agosto 1894 fece nascere il sospetto alla donna di una nuova gravidanza, quantunque nessun fenomeno simpatico venisse a confermare in lei una simile ipotesi, la quale si fondava tuttavia sopra le proporzioni che andava acquistando l'addome. Verso la metà del mese di Novembre d'un tratto la paziente fu colta da febbri non precedute da brividi, le quali, stando al racconto della stessa, si ripetevano tutte la notti, febbri accompagnate da dolori vivissimi alla colonna vertebrale, specialmente nella porzione lombare e giù giù verso il sacro. Questi fenomeni scomparvero, o per meglio dire furono mitigati poichè fu chiamato il medico il quale prescrisse alcuni farmaci che la donna non sa precisare. Intanto l' addome cresceva ed il sospetto di una nuova gravidanza si mutò in certezza, quantunque a 5 mesi bene inoltrati non avesse ancora potuto percepire i moti fetali. La donna degeva a letto da due mesi nella assoluta impossibilità di qualsiasi movimento.

S. P. La nutrizione generale è discreta, l'ispezione dello scheletro fa subito notare una deviazione dello sterno e della appendice xifoide in avanti, ed una marcatissima proeminenza delle ultime coste specialmente dal lato sinistro. Decombe supina appoggiata pesantemente ai guanciali ed ogni movimento volontario le riesce presso che impossibile per la dolorabilità generale che viene suscitata.

Al capo non presenta alcuna nota degna di peculiare menzione. Al collo è manifesto un lieve ingrossamento della ghiandola tiroide, ed uno spiccato polso delle giugulari; sulle carotidi si ascolta un forte soffio sincrono colla sistole dei ventricoli. Il torace oltre alla deformità suaccennata, alla palpazione si mostra in qualche punto dolente, specialmente in corrispondenza dell'unione delle cartilagini costali colle coste dal destro lato. Alla base di destra colla percussione si rivela una lieve ipofonesi, cui corrisponde il respiro piuttosto aspro; in tutto

il resto dell'ambito polmonare la risonanza è normale e si ascolta il respiro vescicolare.

Il cuore di diametri un po' maggiori della norma, è spinto in alto, talchè l'urto della punta è visibile, o palpabile nel 4.° spazio intercostale sinistro all'interno della linea emiclaveare. Il primo tono è soffiante tanto sulla punta quanto sul focolaio aortico, tuttavia tale soffio è assai meno intenso di quello che si ascolta sulle carotidi, già accennato. Il fegato è pure spinto in alto; sulla emiclaveare il limite superiore di sua ottusità appare nel 4.° spazio; la milza offre l'aja di ottusità nei fisiologici confini. L'addome a pareti liscie, sottili, con numerose smagliature antiche e recenti, con lievi traccie di circolo collaterale offre il vero tipo del *venter pendulus*. Attraverso le pareti è agevole la palpazione delle piccole parti fetali mobilissime. I movimenti volontari degli arti inferiori sono quasi *impossibili* pei dolori che vengono suscitati ad ogni tentativo, dolorosissimi poi riescono quelli impartiti a bello studio agli arti medesimi.

Anche le manovre intese a divaricare le coscie, e le pressioni esercitate nella direzione di avvicinare le ossa iliache od i femori, nonchè le pressioni esercitate dalle ginocchia verso le articolazioni coxofemorali, suscitano vivissime doglie tanto alle sinfisi sacro-iliache quanto alla regione lombare. Le branche ischio-pubiche sono molto avvicinate e le branche orizzontali del pube convergenti allo innanzi. La terza e la quarta vertebra sacrale si articolano formando un angolo proeminente all'innanzi che alla esplorazione simula il promontorio. Il diametro bisischiatico misura 9 cm.

L'esame ostetrico deponeva per una gravidanza uterina semplice nel 9.° mese, feto vivo in presentazione cefalica.

Nei giorni in cui l'ammalata fu tenuta in osservazione, malgrado le cure fatte e l'uso del cloralio, i dolori si andarono rapidamente aggravando e più grave si rese l'angustia pelvica, per cui si decise di praticare il taglio cesareo. Fu questo intrapreso dal prof. Mangiagalli addì 21 Marzo alle ore 8 1|4 ant. ed eseguito col processo retroperitoneale col laccio elastico, secondo quelle stesse norme colle quali era stata applicato alla isteromiomectomia (1). Il feto fu estratto vivo.

A vespro dello stesso giorno la temperatura era a 37. 3, il polso 110 valido. Accusava ancora i soliti dolori. La notte che seguì l'atto operativo fu pochissimo disturbata da vomito, e nelle ore pomeridiane di quello stesso giorno (22) i dolori erano già tanto diminuiti che la paziente potè orinare da sè col vaso, in letto, ciò che da gran tempo era rimasto per la stessa impossibile. T. 38, P. 100.

---

(1) Clivio. « Contributo al trattamento retroperitoneale del peduncolo e all'uso del laccio elastico nelle miomotomie. » *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, Novembre 1896.

Il miglioramento dei dolori fu ancora più manifesto nel giorno successivo nel quale si poterono senza fatica mutare le lingerie della operata (T. 36. 8-37. 2, P. 90-100) e continuò nel giorno appresso, talchè addì 24 muoveva liberamente gli arti inferiori, ormai resi indolenti alla pressione del pari che le creste iliache, i femori e le ginocchia.

Il decorso ulteriore fu molestato dalla insorgenza di una psicosi afebbrile a mite e rapido andamento. Trasferita in Comparto medico (sala Madonna) per una ulteriore cura ricostituente, usciva il 12 Maggio 1895.

Osserv. III. — Carag... Regina, d'anni 28, sarta, marit., abitante in Milano, Montebello N. 20, è ospiziata nel Comparto addì 16 Sett. 1895. Nessuna nota degna di peculiare menzione offre nel gentilizio. Da bambina dice di aver superata una nefrite, e recentemente sofferse di influenza. A 19 anni fu per la prima volta salutata dai mestrui, i quali si mantennero poi sempre regolari per periodi, quantità e durata. Passata a marito, rimase gravida essendo l'ultimo tributo mensile osservato ai 22 Gennaio, senza però che la gestazione fosse accompagnata da fenomeni simpatici. La gravidanza decorse in modo affatto normale, il parto secondo i calcoli doveva cadere sulla fine di Ottobre.

Visitata a domicilio dal collega dott. Ferri della Guardia ostetrica, per non so quale disturbo, avendo questi riscontrato come la donna certamente non avrebbe potuto giungere a sgravarsi in grazia di una viziata conformazione della pelvi, s'appigliò al partito di provocare ad arte innanzi tempo il parto essendo la gravidanza entrata nell'8.° mese. Introdotta per tanto nell'utero una candeletta alla maniera del Krause, volle il caso che immediatamente seguisse la rottura delle acque dell'amnios. Ben presto iniziarono i dolori, ma languidi, a lunghi intervalli, e non fu che la sera del secondo giorno dall'accennato intervento che le contrazioni si fecero valide e frequenti. Ciò non di meno queste rimanevano inefficaci nel loro effetto, il travaglio non progrediva ed in tali condizioni passò la terza giornata. Le condizioni del feto si mantenevano buone, e la donna, benchè alquanto affranta per le inutili doglie di tre giorni e per l'insonnia di tre notti, non presentava tuttavia segni allarmanti la mattina del giorno 16, che fu appunto quella in cui venne trasferita in Comparto.

La donna presenta note spiccate di rachitismo agli arti inferiori ed al bacino. Di colorito roseo, di nutrizione generale discreta, non accusa cefalea; le funzioni sensoriali sono integre, la lingua presentasi patinosa, l'appetito scarso, l'alvo stitico, il mitto normale. L'esame del petto risulta negativo tanto alla percussione quanto alla ascoltazione. L'area di ottusità cardiaca si delimita ne' confini normali, solo si ode un lieve soffio sul 1.° tono alla punta.

Gli organi degli ipocondri nulla presentano di speciale.

L'addome si mostra disteso quale si conviene in una gravidanza all'8.° mese. La linea omfalo-pubica pigmentata, la cicatrice ombellicale piana, numerose smagliature di fresca data. L'estremo cefalico è in basso, il dorso fetale a sinistra, avvertonsi piccole parti in alto ed a destra. Il battito cardiaco fetale si ascolta nel quadrante inferiore di sinistra, in prossimità della cicatrice ombellicale. Durante le manovre palpatorie si suscitano frequentissime contrazioni uterine.

Misurazione addominale.

Distanza dal pube alla punta sternale . . .	cm.	68
» » al bellico	»	30
Circonferenza add. al bellico (supina) . . .	»	95
Livello del fondo uterino (supina) . . . . :	»	34

Pelvimetria.

Circonferenza pelvica	cm.	86
Distanza fra le S. I. A. S. . . , ...	»	23
» fra le creste	»	26
Diametro obliquo destro	»	23
» » sinistro	»	23
Distanza fra i trocanteri	»	30
C. V.	»	7

Sani si presentano i genitali esterni, la vagina è assai rigida ed angusta, il collo uterino dilatato di soli 3 cm. è duro e resistente ai tentativi di dilatazione digitale, intesi solo ad assaggiarne la dilatabilità. Attraverso al segmento inferiore poco o punto espanso si avverte allo stretto superiore una bozza che pe'suoi caratteri si reputa il vertice.

Stette tutta la giornata in condizioni presso che stazionarie. Solo le contrazioni andarono facendosi più frequenti, e dalle 4 pom. si potevano quasi dire continue, ma senza alcun utile effetto, giacchè avendo di nuovo esplorata la paziente trovai che la testa rimaneva allo stretto superiore, e attraverso all'orificio uterino, un poco più dilatato ma ancora assai rigido, pescanti in vagina entrambe le mani del feto. La temperatura era salita a 38. 4 e dalla vagina si notava scolo sanguigno tinto di meconio.

Date dunque le suaccennate condizioni, essendo vivo il feto, considerata la rigidità del collo uterino, l'angustia della vagina, il grado di viziatura della pelvi, non che lo stato della paziente sofferente pel lungo travaglio, ottenuto il consenso della medesima, previo avviso all'Ispettorato dell'Ospedale, essendo assente il prof. Mangiagalli, procedetti alla operazione cesarea, ad ore 4 1|2 pom. del giorno 16 Settembre.

Cloroformizzata la paziente dal collega dott. Amadei, essendo assistito dagli altri colleghi dott. Ferri e dott. Ghezzi, quegli direttamente coadiuvandomi, e questi porgendomi gli strumenti, incisi la linea medio-addominale per un tratto corrispondente dal pube a 4 dita al disopra della cicatrice ombelicale. Incisi l'utero in sede, con tutta facilità estrassi il feto, indi portato l'utero alla breccia previo il secondamento che pure riuscì facilissimo, applicai un laccio elastico alla porzione cervicale, al di sotto di esso praticai bilateralmente l'allacciatura degli annessi, indi rapidamente escisi al di sopra l'utero e le ovaie. Trafitto il peduncolo con un ago lo portai all'angolo inferiore della ferita che chiusi con punti di sutura nodosa dal peritoneo alla cute. Il moncone fu poi cosparso di una miscela essicativa.

Nessun incidente venne a turbare l'andamento dell'operazione che durò poco meno di mezz'ora.

Il feto che fu estratto in istato di asfissia e che fu rianimato mercè le solerti premure del dott. Sergiusti di Lucca, in allora assistente volontario presso il Comparto, stette in Comparto per due giorni dopo, i quali fu trasferito nell'attiguo Brefotrofio di S. Caterina alla Ruota, che abbandonò dopo pochi giorni per essere affidato alle cure di mercenaria nutrice (1).

Il decorso post operatorio fu dei più regolari, in terza giornata furono notati lievissimi indizi di portata lattea che ben presto scomparvero. Il giorno 21 fu ispezionata la medicazione. Il peduncolo fu trovato in via di essicamento, ed in parte venne tosato. Addì 27 furono levati i punti di sutura e al 2 di Ottobre fu esciso il piccolo peduncolo al di sotto del laccio elastico. L'infundibolo si colmò ben presto. Durante la convalescenza tanto il polso quanto il respiro si mantennero in limiti perfettamente normali, ed ai primi di Novembre la paziente usciva completamente guarita.

Esposte le tre osservazioni col solo obbiettivo di consegnarle agli archivi dell'arte nostra, mi sia lecita la frase, come greggia materia suscettibile di utile lavoro per chi in prosieguo di tempo fosse per raccogliere nuovi dati, confrontarli fra di loro, e dedurne pratici corollari, io non istarò menomamente ad illustrarle, ma tuttavia amo aggiungere poche riflessioni specialmente riguardo la tecnica adottata.

Nella seconda osservazione, che spetta al prof. Mangiagalli, l'indicazione operatoria fu data dalla malattia ond'era affetta la madre. Anche se il parto fosse stato possibile per le vie naturali, la demolizione

---

(1) Il feto di sesso maschile pesava 2160 grammi, era lungo 43 cm.

utero-ovarica era richiesta dall'inoltrato grado di osteomalacia, nè io qui starò a richiamare alla mente del lettore quanto in proposito fu detto e scritto in questi ultimi tempi. Vero è che a molti fu dato di guarire dalla osteomalacia le pazienti, sottoponendole alla semplice castrazione, e però la conservazione di quell'utero poteva a tutto rigore essere combinata coll'ablazione degli annessi, ma, come giustamente osserva il Casati (1), parlando delle indicazioni della operazione Porro, « quale scopo avrebbe avuto quell'utero quando fossero asportate le due trombe e le due ovaje? » Mi limito ad accennare che ragioni evidenti di opportunità consigliavano di intervenire direttamente in gravidanza tanto in favore della madre quanto in favore del feto e che la paziente volse a pronta guarigione. Da ultimo mi è grato confermare l'esito remoto della cura, la quale tolse all'operata ogni ulteriore patimento, sicchè ora può attendere a tutte le faccende domestiche, secondo le informazioni che per lettera mi furono comunicate dall'egregio collega dott. Enrico Lavizzari di Cassano d'Adda (2).

Negli altri due casi, vale a dire nel primo operato dal dott. Ghezzi e nel terzo da me, noi eravamo innanzi ad una stenosi pelvica con diminuzione del diametro antero-posteriore troppo considerevole, per pensare che quelle donne anche aiutate da soccorsi manuali o strumentali avessero potuto riuscire a dar vivo il parto per le vie genitali. Nè, nella osservazione prima essendo la donna sifilitica, la sifilide poteva essere una contro indicazione al taglio cesareo, poichè il feto era vivo e non presentava segni di sofferenza.

Nella terza la C. V. misurava 7 cm. ed il feto era ottimestre; ma anche in questo caso la eccessiva rigidità vaginale e la stenosi pelvica non permettevano in alcun modo di pensare a liberare la donna per le vie naturali tanto più che, nel periodo trascorso dal tempo in cui fu applicata la candeletta a domicilio al suo arrivo in Comparto, già erano esorditi i fenomeni di infezione.

Se razionale fu dunque la condotta seguita nel preferire la sezione cesarea alle operazioni per via vaginale, parmi che del pari razionale sia stato l'aver dato la preferenza al metodo demolitore anche nel caso da me operato ed in quello operato dal dott. Ghezzi, poichè se nel mio

---

(1) E. Casati, *Raccoglitore medico*, Anno LVIII, Serie V, N. 12, vol. XIX, 30 Aprile 1895.

(2) Il bambino è tuttora vivente ma con manifesti segni di rachitide.

caso, pei sintomi di principiata infezione, sarebbe stata temerità l'avventurarsi a conservare quell'utero, dal quale poteva ben presto divampare una sepsi mortale (ragione questa per la quale m'attenni eziandio al partito di trattenerne il moncone all'esterno), l'uguale trattamento fu suo malgrado costretto ad abbracciare il dott. Ghezzi, poichè l'utero, per quanto amplificata ne fosse la breccia con secondaria incisione, al momento della estrazione fetale sofferse di uno squarcio pel quale non esatto riusciva nè completo l'affrontamento dei bordi.

Prima di por fine a questa nota mi compiaccio di rendere noto un caso di taglio cesareo classico appartenente all'epoca preantisettica, coronato da esito felice che mi venne comunicato dall'egregio signor dott. Giuseppe Levis, medico primario presso l'Ospedale Maggiore di Milano, caso di cui egli stesso ebbe parte nell'anno 1868 addì 31 Ottobre, e, ch'io mi sappia non mai divulgato colle stampe. Ond'è ch'io credo, di aggiungere ancor questa alle altre osservazioni, tanto più che essa fu ignota allo stesso diligentissimo Corradi (1) allorchè per la sua opera voluminosa raccolse le osservazioni cesaree su donna viva praticate in Italia dalla metà del secolo scorso fino all'anno 1876 (2).

O.... Oliva, d'anni 31, maritata, domiciliata in Gemona (Friuli), era donna di costituzione generale discreta, per quanto però lo potevano compatire le molteplici lesioni prodotte da rachitide per cui era altresì nana e deforme. Ciò non ostante era passata a marito (1865). Rimasta gravida per la prima volta, constatata la ristrettezza pelvica, non so se spontaneo o provocato si iniziasse quel parto, che tuttavia dovette essere ultimato colla embriotomia riuscita assai difficile e laboriosa e che ebbe per la paziente uno strascico morboso di tre mesi all'incirca. Rimasta nuovamente gravida ed essendo la gestazione inoltrata al suo termine senza fenomeni degni di speciale menzione, iniziarono le doglie al 31 Ottobre 1868. Conoscevasi la ristrettezza pelvica e dalla paziente venivano ricordate le gravi contingenze del primo parto, per cui essendo il feto vivo, non essendo ancora colate le acque dell'am-

---

(1) Corradi Alfonso. « Dell'Ostetricia in Italia. » Bologna 1874. Tip. Parmeggiani.

(2) Il Casati, or non è molto, pubblicando un caso di taglio cesareo alla maniera del Porro ricordò pure un caso di gastro-isterotomia classica appartenente al prof. Grillenzoni, eseguito in Ferrara nel Giugno 1859 con esito felice per la madre e pel bambino. Il Grillenzoni invero, come osserva il Casati, nella sua modestia, non ha mai pubblicato quel caso, che fu solo oggetto di una comunicazione verbale in grembo alla Accademia Medico-Chirurgica di Ferrara, ma tuttavia quel caso fu già esposto con sufficiente lunghezza di dettagli dal Corradi, il quale dice di averne avuto pur esso notizia dallo stesso Grillenzoni (Vedi Corradi, capo 36, pag. 1061).

nios, invece di ricorrere ad inutili tentativi per liberare la gestante dalle vie naturali, discussa, proposta ed accettata dalla paziente e dalla famiglia la gastro-isterotomia, venne questa intrapresa a domicilio della medesima nelle ore vespertine di quella stessa giornata dal dott. Carli colla assistenza del dott. Levis.

La donna fu operata sul suo letto senza l'ajuto del cloroformio, o di qualsiasi altro mezzo per attutire la sensibilità della cute; l'armamentario costituito dei volgari strumenti della consueta busta chirurgica tascabile. L'addome fu inciso a strati sulla linea mediana fino al peritoneo, il quale venne diviso sopra una sonda. L'incisione dal pube oltrepassava la cicatrice ombellicale di pochi centimetri. Nessun accidente operatorio venne a turbare l'andamento della impresa; il feto estratto oltremodo vivace di subito vagì, il secondamento fu completo e rapidissimo, dopo di che l'utero si contrasse in modo che le labbra della incisione si addossarono perfettamente. La ferita addominale fu poi chiusa con sutura clavata fittissima con apposizione della sierosa parietale, attraverso alla quale tuttavia fece ernia una piccola porzione del grande omento.

Al domani dell'atto operativo si manifestarono lievi segni di collasso ed insorse emesi che fu interpretata come effetto di strozzamento dell'omento che infertosi fra le labbra della ferita addominale, finiva per cadere mortificata pochi giorni dopo. Non fu attuata alcuna terapia speciale, all'infuori degli oppiati, dati a larga mano e così cessò il vomito e mano mano si estinse la modica febbre che aveva accompagnato quell'accidente, di guisa che l'operata in 49° giorno usciva di casa ed accudiva alle domestiche faccende senza provare il benchè minimo disturbo. La ferita aderì per prima intenzione salvo nel punto della piccolissima ernia della sierosa. La bambina affidata alle cure di mercenaria nutrice crebbe, e vive tuttora in stato di ottima salute.

La O.... Oliva il 19 Settembre 1873 passava di questa vita in occasione di un terzo parto, di cui non ho potuto avere alcun particolare esatto. Sembra però, che giunta la gravidanza nel 6.° mese siasi verificata una deiscenza spontanea della pregressa cicatrice cesarea e che una nuova gastro-isterotomia sia stata intrapresa con risultato funesto tanto per la madre quanto pel bambino.

Queste notizie mi vennero gentilmente fornite dal dott. Levis e le date vennero a me confermate dal M. R. Sac. Pietro Forgiarin di Gemona, Arciprete di quella Pieve, che pazientemente le desunse dai registri parrocchiali.

2.° Congresso internazionale di Ostetricia e di Ginecologia

GINEVRA — SETTEMBRE 1896.

(Continuaz., vedi pag. 880).

OSTETRICIA.

SECONDA QUESTIONE.

Trattamento dell'eclampsia.

Relazione del dott. N. CHARLES

Prof. d'ostetricia e Chirurgo-Direttore della Maternità di Liegi, Senatore.

RIASSUNTO E CONCLUSIONI.

1.° L'eclampsia puerperale non è una entità morbosa, più dell'eclampsia dei bambini; come questa, essa ha diverse cause ed è più o meno grave a seconda della sua origine.

2.° Questa sindrome può essere di natura riflessa: può essere anche il risultato di un disturbo circolatorio, secondo la teoria di Traube-Rosenstein: ma è più spesso causata da una intossicazione del sangue e dei tessuti (tossiemia), dovuta all'accumulo di vari prodotti di disassimilazione (tossine), normalmente eliminati dai principali emuntori (reni, fegato), le funzioni dei quali sono ostacolate o pervertite in seguito a diverse lesioni.

3.° Nella maggior parte delle donne gravide, in stato normale, si ha un certo grado di simile intossicazione, poichè malgrado la più attiva assimilazione, le urine contengono minor urea, ecc. che nello stato di vacuità: *è l'auto-intossicazione gravidica ordinaria.*

4.° Se i reni, il fegato, ecc., sono lesi, funzionano irregolarmente, il sopracarico tossico è tanto più accentuato e può arrivare al punto di causare degli accidenti gravi, di cui l'eclampsia è uno dei principali.

5.° Altri accidenti gravi (dispnea, coma, paralisi ecc.) possono presentarsi senza convulsioni e condurre a morte. Io designo questi casi col nome di *eclampsia frusta.*

6.° La tossiemia d'origine renale è la più comune e coincide il più sovente con l'albuminuria e diversi edemi.

L'albuminuria non può essere considerata quale causa dell'eclampsia puerperale, ma semplicemente come un sintomo morboso avendo la medesima origine.

7.° L'esperienza dimostra che, nella maggior parte dei casi, l'eclampsia tossica scoppia nelle donne più o meno albuminuriche e sovente molto albuminuriche ed infiltrate. Per conseguenza è un segno precursore assai importante da non essere trascurato. Esso deve ugualmente, a mio avviso, attirare l'attenzione del pratico sul fatto principale e più ancora se vi sono edemi delle estremità inferiori, delle coscie, delle mani e della faccia.

8.° Le mie statistiche dimostrano che: *a)* Vi ha 1 eclampsica su 151 parti e l'eclampsia dà una mortalità nelle madri del 24.42 % e nei neonati del 41.83 %.

b) Vi ha 1 eclampsica su 92 primipare e solamente 1 su 373 multipare; ma la gravità è ancora più grande nelle seconde, che nelle prime (27.65 % e 23.37 %).

c) L'eclampsia è molto più grave durante la gravidanza ed il travaglio che dopo il parto (27.73 % e 3 %).

d) Vi ha incirca 1 albuminurica su 40 donne (1 su 25 primipare e 1 su 75 multipare) e su 4 albuminuriche 1 è affetta da eclampsia (1 su 3 1/2 primipare e 1 su 7 multipare).

e) L'eclampsia senza albuminuria è rara (1 volta su 9); nelle mie osservazioni essa è scoppiata sempre dopo il parto e tutte le donne sono guarite.

f) L'albuminuria sola (senza eclampsia) è accompagnata molto sovente da accidenti più o meno gravi ed anche mortali (su 110 casi si sono avute 8 donne morte, 20 feti morti; 61 parti prima del termine, 8 emorragie *post-partum* e 3 volte minaccie di convulsioni).

9.° Il trattamento medico non ha che una importanza secondaria nell'eclampsia grave, tossiemica, durante la gravidanza e il parto. La sottrazione dei liquidi più o meno tossici, con l'aiuto dei purganti, della diaforesi, del salasso, seguita o accompagnata dalla loro sostituzione per diverse vie (stomacale, rettale, sottocutanea, intra-venosa) allo scopo di operare un lavaggio o una disintossicazione del sangue e dei tessuti, non ha che una azione dubbia.

10.° I calmanti del sistema nervoso i più usati (cloroformio, morfina, cloralio) hanno una azione reale ma non essenzialmente curativa.

11.° La terminazione del parto è desiderabile in tutti i casi e s'impone senza indugio nei casi gravi. Bisogna quindi, dal principiare degli accessi, agire stimolando al bisogno ed accelerando sempre il travaglio. In condizioni specialmente urgenti, non si deve esitare a praticare la dilatazione artificiale del collo (con l'aiuto delle dita, delle incisioni, dei dilatatori idraulici o metallici) per estrarre il feto senza ritardo; se queste manovre del parto forzato sembrano difficili, troppo lente o impossibili senza enormi lacerazioni, ci si risolverà per il taglio cesareo.

12.° L'eclampsia post-partum è lieve nella maggior parte dei casi, e non reclama che dei calmanti in dose moderata.

13.° La profilassi deve signoreggiare tutta la questione delle convulsioni puerperali; essa comprende innanzi tutto l'igiene abituale della gravidanza, specialmente il buon funzionamento degli emuntori (intestini, pelle, reni); in seguito e sopratutto l'esame delle orine dal punto di vista dell'albuminuria.

14.° Ogni donna incinta albuminurica deve seguire un trattamento regolare e più o meno attivo, di cui il regime latteo è la base.

15.° In casi d'insuccesso o di pericolo imminente, il parto prematuro artificiale è indicato e dà degli eccellenti risultati (tutte le madri guarite e 75 0[0 dei feti salvati nella mia statistica).

Liegi, 24 Giugno 1896.

Relazione del dott. CHARPENTIER, di Parigi.

Riassunto e conclusioni.

1.° Ogni donna incinta albuminurica essendo esposta ad essere presa dall'eclampsia ed il regime latteo dando dei risultati meravigliosi contro l'albuminuria e l'albuminuria gravidica in particolare, si deve esaminare con la più gran cura le orine delle donne incinte e se vi si constata la presenza di albumina, per quanto minima essa sia, bisogna intraprendere subito il regime latteo assoluto ed esclusivo. È il trattamento preventivo per eccellenza dell'eclampsia.

Nei casi in cui le donne presenteranno edema senza albuminuria, vi è vantaggio, se non necessità assoluta, a prescrivere il regime latteo.

2.° Tutte le volte che ci si troverà in presenza d'una eclampsica, incominciare, se l'ammalata è forte, vigorosa e molto cianotica, con un salasso di 300 a 500 grammi, poi somministrare la pozione cloralica seguendo i precetti che abbiamo dato e fare prendere del latte per la via dello stomaco, se fa bisogno con l'aiuto della sonda esofaga.

3.° Combattere gli accessi medesimi con delle iniezioni di cloroformio e favorire la diuresi con delle iniezioni sottocutanee di siero artificiale.

4.° Se la donna è più delicata, i fenomeni di cianosi poco marcati, gli accessi poco frequenti, limitarsi alla cura cloralica.

5.° Attendere che il travaglio si appalesi spontaneamente e lasciare che il parto termini da sè, tutte le volte che ciò sarà possibile.

6.° Se, pur essendo incominciato il travaglio spontaneamente, il parto non finisce, perchè le contrazioni uterine sono troppo deboli o troppo lente, terminare il parto con una applicazione di forcipe o con una versione seguita dall'estrazione se il feto è ancora vivo; con una cefalotomia, una basiotripsia, una cranioclastia, se il feto è morto.

7.° Attendere per intervenire che lo stato delle parti materne sia tale (dilatazione completa o almeno dilatabilità del collo) che questo intervento si possa fare impunemente, vale a dire senza violenza e in seguito senza pericolo per la madre.

8.° Riservare la provocazione del parto ad alcuni casi eccezionali.

9.° Rigettare assolutamente il taglio cesareo, il parto forzato, come metodo di cura nel trattamento dell'eclampsia.

Non devesi ricorrere a quest'ultimo metodo se non quando ogni altro trattamento medico fu negativo e quando la madre sembra votata a morte certa, in una parola come una ultima risorsa in un caso disperato.

Relazione del prof. F. HALBERTSMA, Utrecht.

La questione più importante, nella terapia dell'eclampsia, mi sembra sempre questa: alla fine della gravidanza o al cominciamento del travaglio bisogna attendere o provocare il parto? Noi ci occuperemo esclusivamente di questa questione.

Sarà ordinariamente indicato che l'ostetrico intervenga attivamente.

1.° Quando il pronostico pare estremamente grave in causa d'una anuria completa, della frequenza e della intensità degli accessi convulsivi.

2.° Quando niente fa prevedere che il travaglio sta per incominciare.

3.° Quando si ha ragione di credere che il travaglio incominciato sarà lungo e difficile come per esempio quando si tratta di primipare, sia che s'abbia a fare con una persona attempata, d'una gravidanza multipla, d'un restringimento di bacino.

Bisogna sconsigliare di differire l'intervento attivo, fino a quando il polso è divenuto frequente e debole, ma si deve notare che, pure in queste condizioni, si può ottenere un risultato favorevole.

Alla fine della gravidanza l'ostetrico dovrà di preferenza ricorrere al taglio cesareo. Al cominciamento del travaglio egli sbriglierà profondamente il collo e applicherà il metodo di Dührssen.

Relazione del dott. VEIT, professore a Leyden.

Riassunto e Conclusioni.

1.° È impossibile stabilire sui dati attuali un trattamento unico dell'eclampsia.

2.° Vi ha un gran numero di casi d'eclampsia che guariscono con un qualsiasi trattamento.

3.° Non è ancora provato che il parto forzato provocato durante l'anestesia completa (dilatazione del canale del parto coi sacchi di caoutchouc, incisioni, operazione cesarea) possa migliorare il pronostico.

4.° Noi non abbiamo abbastanza casi trattati col salasso per formulare delle conclusioni.

5.° Il trattamento sintomatico con dosi elevate di morfina sembra essere quello che dà i migliori risultati.

6.° Finchè la patologia dell'eclampsia non è meglio conosciuta non si ha, secondo il nostro avviso, un trattamento razionale; è più che probabile che la malattia riconosca differenti cause.

7.° Il trattamento misto, a parer nostro, è quello che dà i migliori risultati: accelerare prudentemente il travaglio, rompere le membrane, far partorire la malata previa dilatazione completa delle parti molli, somministrare forti dosi di morfina che diminuiscono il numero degli accessi, non somministrare per bocca rimedi alle malate incoscienti, provocare la diaforesi con mezzi esterni.

8.° Non si ha ragione per considerare l'eclampsia come talmente pericolosa per se stessa, da far bisogno di raccomandare in modo assoluto delle operazioni esigenti una mano eccezionalmente abile.

9.° In casi soltanto eccezionali bisogna ricorrere ad una operazione di grande chirurgia.

Relazione del prof. MANGIAGALLI (già pubblicata in extenso).

Relazione del dott. JOHN W. BYERS

M. A., M. D., Prof. di ostetricia al Queen's College Belfast.

Riassunto.

L'eclampsia è caratterizzata da convulsioni che sopraggiungono subitamente durante la gravidanza, il travaglio o dopo il parto. Io escludo i casi di epilessia gravidica e le convulsioni d'origine cerebrale. L'etiologia e la patologia dell'eclampsia sono ancora oscure, ma io attirerò la vostra attenzione sopra un cambiamento d'opinione dei medici inglesi riguardante due punti:

1.° Essi non credono più ora che le convulsioni sieno sempre dovute ad una malattia renale.

2.° Essi attualmente attribuiscono molta importanza alla influenza del feto come causa delle convulsioni.

L'ipotesi la più probabile è che le convulsioni sono causate da un veleno elaborato dall'organismo della madre e da quello del feto, e che, nello stato normale degli organi escretori è, se esso non è molto abbondante, eliminato senza produrre alcun accidente. Quando invece questi organi sono sopracaricati e che, in seguito agli sforzi del travaglio il rene è stimolato eccessivamente, il veleno non è eliminato e la sua accumulazione agisce sui centri nervosi; lo stesso accidente si può

produrre se le funzioni degli organi eliminatori sono ostacolate come nella costipazione o quando il rene si trova nello stato che Leyden ha descritto come speciale della gravidanza, o ancora allorchè il rene e il fegato presentano una degenerazione parenchimatosa, causata forse dalla circolazione del veleno nei loro tessuti. Partendo da questa ipotesi, io divido il trattamento dell'eclampsia come segue:

1.° Quale è la cura dell'accesso?

La morfina per iniezioni ipodermiche. Bisogna far coricare la malata su di un lato per impedire l'introduzione dei liquidi nella laringe e nei polmoni (l'edema polmonare è una causa frequente di morte nell'eclampsia). Bisogna procurare che la paziente non si ferisca, che essa sia tenuta calda, purgata abbondantemente, che essa non prenda alcun liquido, e, secondo conservi o no conoscenza fra gli accessi, farle prendere un bagno caldo o a vapore.

2.° Come eliminare il veleno che è causa delle convulsioni?

Lo stesso trattamento; purganti, bagni caldi, calore attorno all'ammalata ed astinenza dai liquidi.

3.° Qual'è il trattamento ostetrico?

Se il travaglio non è ancora incominciato bisogna combattere le convulsioni avendo cura di non stimolare l'utero. Quando il travaglio è cominciato e l'ammalata si trova nel periodo espulsivo bisogna somministrarle del cloroformio e terminare rapidamente il parto. Nel periodo dilatante se il collo è dilatabile, si può accelerare il parto con doccie calde e con l'applicazione del dilatatore di Barnes o di Charpentier de Ribes; nel caso in cui il collo è rigido bisogna astenersi.

4.° Quale il trattamento profilattico?

Il riposo, la dieta lattea, i purganti e i bagni caldi danno i migliori risultati.

GINECOLOGIA.

PRIMA QUESTIONE.

Il trattamento delle suppurazioni pelviche.

Relazione del dottor G. BOUILLY.

Riassunto e conclusioni.

I. Il trattamento delle suppurazioni pelviche non potrebbe essere utilmente instituito senza la più esatta conoscenza della sede della suppurazione. Dalla conoscenza di questa sede, dipende la scelta del metodo di trattamento.

Gli ascessi pelvici considerati dal punto di vista dell'intervento chirurgico possono essere classificati nel modo seguente:

a) ascessi del tessuto cellulare, parametrite, flemmone peri-uterino;

b) ascessi delle trombe o delle ovaie, pio-salpingiti ed ovariti suppurate;

c) ascessi peritoneali primitivi, pelvi-peritoniti, ematoceli suppurati;

d) suppurazioni complesse nelle quali questi diversi organi possono prendere parte simultaneamente alla costituzione delle raccolte purulente, o complicate da fistole che si aprono sia alla pelle, sia negli organi cavi vicini o in più punti nel medesimo tempo.

Questi diversi tipi rispondono alla generalità dei casi.

II. La *puntura* oggidì non può più essere considerata che come un mezzo diagnostico.

I tre grandi metodi di trattamento delle suppurazioni pelviche sono:

1.° L'*incisione semplice* seguita dal drenaggio praticato dalla parete addominale o dalla parete vaginale;

2.° L'apertura o l'ablazione delle sacche suppurate con la *laparotomia;*

3.° L'apertura o l'ablazione delle sacche suppurate dalla vagina, grazie a precedente *isterectomia vaginale* con o senza smembramento dell'utero.

4.° Si possono considerare come derivati di questi grandi metodi:

a) l'ablazione *dalla via vaginale* di piccole raccolte *unilaterali,* con conservazione dell'utero e degli annessi della parte opposta; *b)* l'ablazione simultanea degli annessi e dell'utero dalla via addominale.

III. L'*incisione semplice* seguita da drenaggio rappresenta il metodo di scelta:

a) per l'apertura degli accessi pelvici *acuti d'origine cellulare.* La sede dell'incisione deve essere dove si produce il rilievo della raccolta sia nella parete dell'addome, sia nella vagina;

b) per l'apertura delle raccolte *peritoneali primitive* d'origine post-puerperale, post-abortive o gonorroiche, acute o subacute, o consecutive ad un'infezione peritoneale post-operatoria;

c) per l'apertura degli ematoceli suppurati;

d) grazie ad una migliore antisepsi vaginale e sopratutto a migliori metodi di drenaggio, l'incisione semplice ha guadagnato terreno nel trattamento degli *ascessi pelvici incistati* risiedenti negli annessi. In questi casi, essa non può essere applicata *con efficacia e sicurezza* che nel caso in cui la sacca sia *unilaterale,* a pareti poco spesse, facilmente fluttuanti, situata in basso sui lati dell'utero e in cui possa essere condotta per la pressione ipogastrica a contatto o in vicinanza della parete vaginale.

Essa trova la sua migliore indicazione nelle *suppurazioni acute* dell'ovaio o della tromba, accompagnandosi ad uno stato generale grave e nelle quali la alta virulenza del pus controindica una laparotomia od una pronta isterectomia.

Questa operazione di *aspettativa* dà i migliori risultati *immediati* e assicura la guarigione *definitiva* in un numero di casi più considerevoli che non non lo si crederebbe a *priori.*

L'insuccesso della incisione vaginale dimostrata dalla persistenza d'una fistola purulenta o dal ritorno della suppurazione non compromette una ulteriore operazione con la isterectomia vaginale.

IV. La *laparotomia* e l'*isterectomia vaginale* applicata al trattamento delle suppurazioni pelviche non sono metodi rivali; l'una e l'altra hanno le loro indicazioni ed i loro vantaggi.

Le indicazioni della *laparotomia* sono dominate dalla considerazione di sede *unilaterale* delle lesioni. Quando si tratta di una donna giovane, tutte le volte che vi ha dubbio sulla *bilateralità* delle lesioni, la laparotomia, che permette con la vista il controllo del lato opposto, s'impone come operazione di scelta.

Questa considerazione, sopratutto molto importante quando si tratta di affezioni degli annessi *non* suppurati, perde una parte del suo valore, quando si tratta di lesioni suppurate. Allorchè uno dei lati è suppurante, è raro che il lato opposto non sia lui stesso affetto da lesioni inquietanti per l'avvenire.

Tutti gli sforzi del clinico devono tendere a determinare in modo il più esatto la sede *uni* o *bilaterale* delle lesioni.

Il dubbio sulla *natura* delle lesioni — possibilità d'una cisti semplice o dermoide dell'ovaia, d'una gravidanza extra-uterina — farà preferire la laparotomia. La questione si trova del resto in pari caso generalmente decisa dalla considerazione della sede unilaterale della raccolta.

Nei casi di lesioni bilaterali in cui le indicazioni delle due operazioni possono essere discusse, la situazione delle sacche purulente per rapporto all'utero o ai cul-di-sacchi vaginali diventa una fonte importante d'indicazioni.

La laparotomia può raggiungere le raccolte situate in *alto,* adiacenti al fondo od ai corni dell'utero, abbastanza lontane da quest'organo o dai cul-di-sacco vaginali da permettere alla matrice una certa indipendenza e qualche mobilità, più *addominale* che *pelvica,* non circondate da tessuti ispessiti e induriti, non essendo state la causa di pelvi-peritoniti ripetute. — In queste condizioni, le sacche purulente possono essere facilmente snucleate e peduncolate con la laparotomia. La loro apertura imprevista e precoce nel corso d'una isterectomia vaginale, può dar luogo ad una infezione peritoneale acuta per imbrattamento delle anse intestinali, in mezzo delle quali esse sono situate non essendo difese da una antica barriera di aderenze organizzate.

All'infuori di queste restrizioni basate *sulla sede unilaterale* della lesione, *sull'incertezza della natura di questa lesione,* sulla *situazione elevata* della sacca purulenta, l'isterectomia vaginale applicata al trattamento delle suppurazioni pelviche:

1.° *può fare tutto ciò che farebbe la laparotomia;* essa permette di esportare facilmente le trombe suppurate, le piccoli pio-salpingi, le ovaie suppurate;

2.° essa *permette di raggiungere* e di *guarire* lesioni contro le quali la laparotomia è *impotente* o troppo pericolosa.

Solo essa permette di aprire e di drenare le raccolte purulente racchiuse negli annessi fusi con le parti vicine o circoscritte da aderenze, separate dalla grande cavità peritoneale da tratti solidi ed organizzati, veri processi fibrosi, contro i quali, operando con la laparotomia, la vista non serve ed ogni tentativo d'enucleazione è pericoloso.

Essa rappresenta il metodo di scelta nel trattamento di grosse sacche aderenti, non enucleabili o difficilmente enucleabili, complicate o no da fistole.

Meglio che ogni altro metodo, essa può guarire le suppurazioni *croniche* del tessuto cellulare peri-uterino abbandonate alla loro apertura spontanea o il più sovente in comunicazione con gli organi vicini.

In questi casi, l'operazione deve restare, quasi sempre, puramente *evacuatrice;* l'ablazione dell'utero rappresenta un drenaggio ideale, grazie al quale le raccolte si vuotano, possono essere deterse e prosciugate. Volere in questa circostanza praticare l'estirpazione della sacca, è voler far perdere all'operazione tutti i vantaggi della sua semplicità, della sua benignità, e non conoscere una delle utilità principali dell'isterectomia vaginale applicate al trattamento delle suppurazioni pelviche.

V. I risultati operativi immediati forniti dalla laparotomia non potrebbero più costituire un argomento in favore di questo metodo: la proporzione dei successi forniti dalla operazione vaginale, è notevolmente accresciuta in questi ultimi anni.

Il vantaggio resta all'isterectomia vaginale che tende alla cura di quelle lesioni contro le quali la laparotomia sarebbe impotente o pericolosa. Applicata alla cura *dei casi semplici,* l'isterectomia dà una proporzione di successi uguale se non superiore a quelli della laparotomia; applicata al trattamento dei *casi gravi,* essa dà una proporzione più considerevole di successi e rappresenta un intervento relativamente benigno.

Nel trattamento delle suppurazioni pelviche, l'ablazione dell'utero non può essere considerata come una quantità trascurabile per assicurare il successo immediato e definitivo.

Un certo numero di laparotomisti ne hanno oggi riconosciuta la necessità e praticano per la via addominale l'ablazione degli annessi e dell'utero.

Questa ablazione:

1.° assicura un drenaggio perfetto, l'efficacia meravigliosa del quale è la causa più probabile della grande benignità e dell'estrema semplicità dei seguiti operatori dopo l'isterectomia vaginale;

2.° essa previene nell'avvenire i disturbi di cui l'utero lasciato in posto, può essere l'occasione, dolori, metrorragie, scoli purulenti, infezione persistente o recidiva del peritoneo pelvico, contro i quali l'isterectomia vaginale *secondaria* è stato sovente necessaria. Anche la guarigione immediata è più rapida ed i risultati lontani sono migliori.

I disturbi generali consecutivi alla soppressione della funzione mestruale, sembrano meno accentuati dopo la castrazione dell'utero e degli annessi, che dopo la semplice ablazione degli annessi.

Riassumendo, nella immensa maggioranza dei casi, non giustificati dalla incisione semplice, *l'isterectomia vaginale* rappresenta il metodo per eccellenza di trattamento delle suppurazioni pelviche e *la laparotomia* non vive più che delle sue contro-indicazioni.

Relazione del prof. HOWARD KELLY.

Quattro metodi operativi
- *A.* Puntura dalla vagina.
- *B.* Trattamento operativo conservatore.
- *C.* Salpingo-ooforectomia semplice, combinata accidentalmente con l'amputazione d'un corno dell'utero.
- *D.* Istero-salpingo-ooforectomia.

A. Puntura dalla vagina.

La puntura vaginale dovrà essere tentata prima di ricorrere alla laparotomia, nei casi seguenti:

1.° Quando esistono masse infiammatorie compatte, sui lati o dietro l'utero, che sono in contatto immediato con la vagina e sono separate per mezzo di aderenze della cavità peritoneale.

2.° Per i casi inveterati in cui esiste un tragitto fistoloso che si apre nel retto, nella vescica o a livello della parete addominale anteriore.

3.° Nei casi d'idrosalpingi voluminose e quando la tromba può essere facilmente raggiunta per la via vaginale.

4.° Per la pelviperitonite incistata.

Nei casi indicati, si deve preferire questo intervento per le seguenti ragioni:

1.° Non sopraggiungono dopo questa, disturbi nervosi, come succede dopo l'istero-salpingo-ooforectomia.

2.° Le funzioni delle mestruazioni e della concezione sono conservati.

3.° Guarigione rapida; in 8 o 10 giorni.

4.° Nessun pericolo per l'intestino, come può succedere durante la difficile enucleazione d'un tumore pelvico aderente.

5.° Mortalità inferiore 2 %.

Pericoli dell'operazione.

1.° L'emorragia.

2.° La perforazione del retto o dell'intestino (2 casi).

3.° Peritonite per penetrazione di pus nella cavità addominale (nessun caso).

La guarigione non sarà completa nei casi seguenti:

1.° Quando oltre all'ascesso, esiste una cellulite che si estende alle pareti della pelvi comprimendo i tronchi nervosi, i vasi e le arterie.

2.° Quando esiste un restringimento notevole del retto, dovuto alla presenza di tessuto infiammatorio perirettale, questo restringimento persisterà dopo la guarigione dell'ascesso e darà luogo a disturbi post-operatori.

In qualche caso si sarà costretti di fare una incisione esplorativa:

1.° Per rendersi un conto esatto dello stato delle lesioni ed esaminare se non sia necessaria una operazione radicale.

2.° Per evitare di pungere l'intestino, collocato qualche volta fra l'ascesso e la parete vaginale.

3.° Per facilitare la completa evacuazione del pus guidando l'istrumento nelle cavità di antichi ascessi o nelle sacche di pio-salpingiti doppie.

La puntura vaginale è sopratutto indicata nelle donne giovani maritate o nelle ragazze alle quali non si deve proporre una operazione radicale senza aver prima tentati tutti i trattamenti conservatori.

Osservare i casi delle signorine Starloff (20 anni), Kane (19 anni), Hoops (17 anni), tutte guarite, senza disturbo consecutivo della mestruazione.

Operazione.

Differenziare, dietro precedente esame, i casi pei quali la puntura vaginale sarà preceduta da una incisione esploratrice e quelli in cui basterà la semplice puntura.

a) Laparotomia esplorativa precedente la puntura vaginale.

1.° Disinfezione della vagina.

2.° Se, dopo l'incisione esplorativa, il chirurgo si decide per la puntura vaginale, i secondi assistenti collocano l'ammalata in posizione perineale, e in questa maniera, l'operatore ed i suoi aiuti conservano le loro mani disinfettate.

L'incisione addominale è ricoperta da una compressa di garza.

3.° L'operatore dovrà conservare una delle sue mani completamente disinfettate, pel caso in cui divenga necessaria l'esplorazione bimanuale attraverso l'incisione addominale; egli dovrà di bel nuovo disinfettarsi se le sue due mani sono venute in contatto della vagina.

4.° Dopo fatta la puntura, il primo assistente chiuderà l'addome.

b) Semplice puntura vaginale.

1.° Disinfezione della vagina.

2.° Scegliere il luogo più favorevole per la pnntura, evitando accuratamente le arterie uterine, gli ureteri e la vescica.

3.° Introdurre l'indice o le forbici nella sacca purulenta e allargare l'apertura.

4.° Impiegare pure se è necessario, dei grossi dilatatori uterini.

5.° Lavare la sacca con una soluzione sodica fisiologica, salvo se si ha ragione di *supporre* una comunicazione con la cavità peritoneale.

6.° Drenaggio: con garza, con tubo di gomma, con una cannula in argento.

Cure consecutive.

1.° Lasciare il drenaggio 5 giorni, irrigando la cavità con una debole soluzione borica o di perossido d'idrogeno ed impiegando un irrigatore con cannula di vetro.

2.° Cambiare il drenaggio e la garza dopo 5 giorni; toglierli definitivamente dopo altri 3 giorni.

3.° Fare 2 volte per giorno delle irrigazioni vaginali con soluzione borica finchè lo scolo sia completamente cessato.

4.° L'ammalata si alzerà da letto l'ottavo giorno, se la convalescenza segue il suo corso normale; se non, esigere 15 giorni di letto.

Osservazioni cliniche dei casi.

1.° Talvolta temperatura elevata nei primi giorni dopo la puntura, dovuta probabilmente a riassorbimento di materiale settico.

2.° Ritorno della temperatura al normale dal terzo al decimo giorno.

3.° Nuova elevazione della temperatura se la apertura fatta con la puntura si chiude troppo presto.

4.° Il tragitto fistoloso si chiude di solito dal 10.° al 20.° giorno; resta raramente aperto.

5.° Nei casi di lunga durata, quando esiste un tragitto fistoloso comunicante col retto, con la vescica, o con la parete addominale anteriore, sovente bisognerà mantenere la fistola vaginale aperta per 2 o 3 mesi, vale a dire fino a quando sia chiuso l'antico seno fistoloso.

Statistica.

Guarigioni complete	Casi	15
Guarigioni parziali	»	9
Non guarite	»	4
Ritornate per una 2.ª o 3.ª puntura vaginale . . .	»	5
Ritornate per l'incisione d'una appendicite suppurata	»	1
Operazione radicale consecutiva	»	3
Non riviste.	»	1
Morte	»	1

Stato degli organi pelvici dopo la guarigione delle ammalate.

In alcuni casi scomparsa delle aderenze, persistenza di un forte induramento in altri.

B. Trattamento operativo conservatore.

1.° Liberazione delle trombe purulente dalle loro aderenze, e puntura a traverso il cul-di-sacco dopo averle avvicinate alla vagina.

2.° Ablazione d'una tromba o d'un ovaio d'una sola parte.

C. Salpingo-ooforectomia semplice o combinata con l'amputazione d'un corno uterino.

1.° Semplice piosalpinge, caso presentante questa indicazione.

2.° Semplice piosalpinge con focolaio purulento isolato nel corno uterino.

D. Istero-salpingo-ooforectomia.

Indicazioni:

1.° Pio salpinge doppio semplice, inaccessibile con la puntura vaginale.

2.° Pio salpinge doppio aderente, accompagnato da metrite ed endo-metrite purulenta.

3.° Ascessi pelvici accompagnati da appendiciti.

4.° Ascessi pelvici complicati da aderenze, con compress. dell'intestino tenuo.

5.° Ascessi pelvici con tragitto fistoloso sboccante alla curvatura sigmoidea o all'intestino tenue.

6.° Ascessi pelvici accompagnati da miomi.

Metodo operatorio d'istero-salpingo-ooforectomia operando da sinistra a destra o viceversa.

Vantaggi di questa maniera d'operare:

1.° Grande facilità.

2.° Ci si rende conto facilmente dello stato delle lesioni.

3.° Si estraggono i tumori facilmente attaccandoli dal lato in cui essi sono meno aderenti.

4.° Presa e legatura facile dei vasi.

5.° Il drenaggio per l'addome non è necessario.

6.° Assenza di residui post-operatori, aderenze, ostruzione intestinale, peritoniti.

Metodo di drenaggio attraverso al peduncolo uterino.

Dilatazione del canale cervicale ed introduzione di garza dall'addome nella vagina attraverso il collo. Si sutura il peritoneo a sopraggitto al disopra del peduncolo uterino.

Decorso post-operatorio.

1.° Non shock.

2.° Convalescenza rapida.

3.° Guarigione dal sedicesimo al ventunesimo giorno.

4.° Assenza di fistole orinarie o rettali.

5.° In un sol caso prolasso del peduncolo cervicale.

6.° Assenza d'ernia, se si sutura la parete addominale con filo d'argento.

Risultati ottenuti in seguito all'osservazione de' miei malati del John Hopkins Hospital, Baltimore.

Relazione del prof. SÄNGER (Leipzig).

CONCLUSIONI.

I. Visto la molteplicità delle suppurazioni pelviche, bisogna scegliere, dato un caso particolare, fra i numerosi processi operatorii, quello che sembra il più appropriato od il più conservatore.

II. A sostegno di questa prima tesi, la ginecologia tedesca sostiene pel trattamento delle suppurazioni pelviche i principii generali seguenti:

1.° È necessario porre una indicazione rigorosa per ogni intervento operatorio.

2.° L'intervento dev'essere il più possibile conservatore.

3.° Bisogna inoltre scegliere sempre l'intervento il più appropriato al caso dato, basandosi per quello, sulla diagnosi bacteriologica, clinica e anatomica.

III. La maggior parte dei ginecologi rigettano oggi l'isterectomia e l'istero-salpingo-ooforectomia vaginale come processo operatorio unico o di scelta, quando si tratta di forme di suppurazioni pelviche le più frequenti e le più importanti, vale a dire di quelle, che prendono origine dagli annessi. Essi preferiscono a queste due operazioni i metodi più conservatori e la via addominale.

Bisogna vedere la questione così vasta e così complicata delle suppurazioni pelviche in un campo più largo che quello dell'isterectomia.

IV. Importanza generale delle misure preventive.

V. Rispettivo valore del trattamento aspettante e del trattamento operatorio.

VI. Metodi di trattamenti speciali.

1.° *L'utilità della puntura* si riduce ai casi inveterati d'ascessi incapsulati o di raccolte purulente uniche in organi chiusi. Non si può sperare buon esito che quando il pus è sterile.

Non bisogna trattare in questa maniera che i casi in cui il focolaio purulento può essere raggiunto senza rischio di attraversare la cavità pelvi-peritoneale.

2.° *L'utilità dell'incisione* s'estende:

a) Ai casi di focolai purulenti *extra peritoneali*. È il caso di limitare questo processo a delle vere raccolte purulente. Disposizione e rapporti dell'uretere, di cui si deve sempre tener conto. Per ciò che concerne gli essudati pelvici flemmonosi, consecutivi ai parti e di cui i numerosi resti cicatriziali mostrano l'estrema frequenza, bisogna dare la più grande importanza alla profilassi e a un trattamento cominciato il più presto possibile.

b) Ai casi di focolai purulenti *intra-peritoneali*. Si può dare a questa operazione il nome di colpo-coeliotomia semplice (essa sarà il più sovente posteriore).

Il metodo più semplice consiste nell'incisione della vagina col termocauterio e l'apertura del focolaio con una pinza da medicazione. Non fa bisogno alcuna irrigazione, nè di riempire la cavità con la garza immediatamente dopo l'operazione. Non si farà che più tardi nel trattamento consecutivo post-operatorio.

Al fine di ottenere un'apertura più grande, si può aggiungere all'incisione precedente l'incisione mediana della parete posteriore del collo siccome la resezione dell'utero (Th. Landau). Ho operato io stesso 2 casi di focolai purulenti intraperitoneali ante-uterini con la colpo-coeliotomia semplice e Prochownick (conforme al quistionario) 5 casi.

L'« *incisione* » è più particolarmente l'operazione di scelta nelle raccolte purulente croniche ed uniche, che contengono un pus il più sovente sterile; essa può essere eventualmente utile dopo una coeliotomia puramente esplorativa; infine vi si può anche ricorrere nei casi di suppurazioni sopraggiunte dopo operazioni radicali vaginali incomplete.

L'incisione è ugualmente una operazione di scelta in certi casi acuti, come le suppurazioni libere nel cul-di-sacco del Douglas, gli ematoceli suppurati. In questo ultimo caso, essa è solamente adoperata quando vi ha nello stesso tempo sintomi di peritonite generalizzata. Se questi mancano, bisogna preferire l'operazione dell'ematocele (quasi sempre consecutivo ad una gravidanza tubarica) con la coeliotomia. La larga incisione del Douglas e dei parametrii, quando si tratta di pelviperitonite e di parametrite settica puerperale acuta (Henrotin, Jacobs) non ha ancora fatte le sue prove.

In questa questione del trattamento operatorio delle suppurazioni pelviche, si può oggi opporre all'isterectomia (castrazione uterina di Péan), che non è più considerata attualmente come la sola ed unica operazione di scelta, e all'estirpazione radicale per la via vaginale dei focolai purulenti incistati, che non è sempre possibile, l'incisione dalla vagina delle cavità dei focolai purulenti con conservazione dell'utero. Questa ultima operazione è suscettibile nell'avvenire di perfezionamento ed il suo valore di fronte alle 2 prime, è paragonabile a quello dell'incisione d'ascessi multipli del rene, di fronte alla nefrectomia. Per poter controllare simultaneamente con gli occhi il lavoro eseguito con il dito, ch'egli aveva intro-

dotto dalla incisione vaginale, H.-A. Kelly deve aver ricorso all'apertura della cavità addominale.

c) La coeliotomia è sempre indicata nei casi di raccolte purulenti costituenti, per le loro dimensioni, dei veri tumori, come nei veri tumori suppurati. La semplice coeliotomia e il drenaggio bastano nei casi di focolai incistati, reliquati di peritonite purulenta (e tubercolare), se però non ci si scorge la necessità di estirpare gli annessi o altri organi in stato di suppurazione.

Bisogna estirpare completamente gli organi suppurati (come le grosse sacche purulente provenienti dalle trombe e dalle ovaie, le gravidanze tubariche o tuboaddominali suppurate, le cisti suppurate dell'ovaio, ecc.). Non bisogna attenersi alla semplice incisione del focolaio in uno o due tempi che nei casi di necessità assoluta.

Un mezzo misto consiste nell'aprire subito il focolaio, poi di suturarlo nella cavità addominale dopo averlo vuotato completamente e nel drenare dalla vagina (A. Martin).

3.° Le difficoltà per la scelta d'un trattamento operativo, collegato all'apertura della cavità addominale, nelle affezioni suppurate degli annessi, si sono recentemente ancora aumentate per il fatto del numero sempre più considerevole dei modi e dei metodi proposti.

Classificazione dei metodi operatorii:

I. Metodi vaginali.

1.° Colpo-coeliotomia anteriore (Dührssen, A. Martin, ecc.).

2.° Colpo-coeliotomia posteriore (Atlee, Hegar, Battey, Byford, Laroyenne, L. Landau, Mackenrodt e altri).

3.° Colpo-coeliotomia anteriore e posteriore (Bode, von Erlach, Gottschalk), combinata con la salpingo-ooforectomia uni o bilaterale).

4.° Colpo-isterectomia (castrazione uterina del Péan).

5.° Colpo istero-salpingo-ooforectomia « operazione radicale, » dalla via vaginale (Péan, Segond, Doyen, L. Landau).

II. Metodi addominali.

1.° Coelio-salpingectomia e coelio-salpingo-ooforectomia uni o bilaterale.

2.° Coelio-salpingo-ooforo-isterectomia totale « operazione radicale addominale » (Krug, Polk, Delagénière, Schauta, Bardenheuer, ecc.).

3.° Coelio-salpingo-ooforectomia bilaterale combinata con l'isterectomia sopravaginale (Zweifel, H.-A. Kelly, Sänger).

III. Istero-salpingo-ooforetomia addomino-vaginale, incominciata il più sovente dalla via vaginale e terminata dalla via addominale (L. Landau).

IV. Coeliotomia sacrale o parasacrale (Hegar, v. Hochenegg, Czerny, Schede e altri). Quest'ultima operazione non è fatta che per un numero piccolo di chirurghi e in casi limitati.

Si vede da questa tavola che vi sono due serie di metodi, i metodi vaginali ed i metodi addominali, e che queste due serie formano separatamente ciascuna una catena estendentesi dalle operazioni conservatrici alle operazioni radicali.

Questo fatto è discretamente differente da quello che si poteva constatare nel 1892. A quest'epoca, infatti, non si poteva opporre all'isterectomia vaginale, che non aveva ancora ricevuto i perfezionamenti necessari per divenire un'operazione radicale per la via vaginale, che la salpingo-ooforectomia addominale.

L'origine dei processi operatorii conservatori dalla via vaginale e dalla via addominale, risiede nel fatto che si è riconosciuta l'influenza nociva d'una estirpazione prematura delle ovaie o più ancora d'una estirpazione completa di tutto l'apparato genitale interno e questo sopratutto nelle persone giovani.

Il trattamento di tutti i sintomi che si producono in queste mutilazioni (cachessia ooforipriva, L. Landau), trattamento che consiste, secondo le massime di Brown-Sequard, nell'alimentazione con del tessuto ovarico animale o con iniezioni sotto-cutanee di succo ovarico, non è che nel suo periodo di prova.

In tutti i casi è infinitamente preferibile di conservare tutto ciò che può essere conservato di ovaie e di utero, piuttosto che ricorrere più tardi ad una alimentazione con tessuto ovarico o uterino, come si è di già fatto.

« Parce ovario et utero, si possis. »

A sostegno di ciò che si è detto, si sono già pubblicati molti casi in cui gli annessi suppurati d'un sol lato o di tutti e duo, sono stati levati con la colpo-coeliotomia anteriore e posteriore.

In ciò che concerne la colpo-coeliotomia anteriore, mi è stato ancora comunicato, per l'interposizione del quistionario, oltre i casi di già pubblicati di Dührssen, Kossman, Riedinger, qualche caso nuovo di Bode, Czempin, von Erlach, A. Martin, Präger, Prochownick, Simon. Quento alla colpo-coeliotomia posteriore, che in questi ultimi tempi ha goduto una fama particolare, Goullioud, allievo di Laroyenne, ha di già fatta una pubblicazione a suo riguardo nell'ultimo Congresso di Bruxelles. Mackenrodt recentemente vi ha pure legato il suo nome. — Altri casi operati da Bode, Czempin, Everke, Günther, Köttschau, Leopold, Meinert, Prochownick, Simon, Wehmer, mi sono stati comunicati con l'interposizione del mio quistionario.

Ma le operazioni radicali sono pure pienamente giustificate nei casi in cui la gravità dell'affezione esige l'estirpazione della totalità degli organi ammalati.

Ne risulta che bisogna rigettare in modo assoluto, l'estirpazione vaginale d'un utero normale quando quest'ultima operazione non deve essere che un tempo preparatorio per permettere d'arrivare agli annessi. L'inutilità dell'utero o l'utero considerato come « una quantità trascurabile » sono dei dogmi molto gravi.

Esempi: *L'operazione radicale* sia dalla vagina, sia dall'addome non è giustificata; nelle salpingiti purulente, uni e bilaterali, quando l'orificio addominale della tromba è ancora aperto; nelle forme lievi di salpingiti purulente, d'ascessi dell'ovaio, nelle affezioni croniche non purulente degli annessi; nelle infiammazioni croniche semplici dell'utero (endometrite iperplastica, endometrite gonorroica; perimetrite cronica). Val meglio aver davanti a sè un utero menstruante, anche se lievemente ammalato e se ha bisogno una cura prolungata, che nessun utero.

Per contro l'*operazione radicale* è intieramente giustificata nelle suppurazioni gravi degli annessi, del peritoneo pelvico, del tessuto cellulare connettivo del piccolo bacino, quando queste ultime affezioni coesistono con un'affezione grave dell'utero che per essa stessa richiederebbe l'estirpazione di questo organo (miomi, carcinomi, sarcomi, affezioni benigne dell'endometrio che dieno luogo ad emorragie profuse, ecc.), oppure nei casi di propagazione all'utero d'una affezione purulenta degli annessi, come anche nei casi di tubercolosi.

Giustamente, l'ascesso pelvico complicato di Landau, vale a dire la combinazione simultanea di suppurazioni bilaterali della tromba e dell'ovaio con focolai purulenti nella cavità pelvi-peritoneale e nel tessuto connettivo della pelvi, è una grande rarità. Il più sovente non si tratta, anche nei casi di pio-salpinge e pio-ovario, che del loro inviluppamento nelle masse infiammatorie: il più sovente sono focolai purulenti multipli, risiedenti nell'ovaio, che simulano delle suppurazioni del tessuto connettivo e che sembrano non risiedere fra i legamenti (Pawlik).

Si ha pure da prendere in considerazione l'età delle operate, perchè vi saranno delle ragioni tanto più forti d'operare radicalmente quanto più la malata è vicina alla menopausa.

***

Per il trattamento delle suppurazioni pelviche e specialmente degli annessi suppurati, il pomo della discordia consiste ancora nell'antagonismo, tra i partigiani delle operazioni radicali dalla via vaginale ed i partigiani della salpingo-ooforectomia e dell'estirpazione totale, tutt'e due dalla via addominale.

Esiste un doppio disaccordo: *a*) Nella questione dell'operazione radicale della via vaginale e della sua utilità. *b*) Nella questione dell'impiego delle pinze in luogo delle legature.

Paragonando per la Germania la situazione attuale con quella del 1892, si constata che esiste una tendenza più marcata alle operazioni radicali, ma la stessa preferenza per il metodo delle legature.

La maggioranza degli operatori è rimasta fedele alla salpingo-ooforectomia per via addominale e all'impiego limitato della isterectomia e della istero-salpingo-ooforectomia per via vaginale e col metodo delle legature, pur rendendo pienamente omaggio al genio di Péan che, primo, ha applicato il suo proprio sistema di forcipressura all'operazione radicale per la via vaginale nelle suppurazioni pelviche.

I differenti metodi operativi degli allievi e dei seguaci di Péan, Segond, Richelot, Terrier, Jacobs, ecc., hanno trovato in Germania il loro giusto apprezzamento e vi si è riconosciuta l'utilità delle differenti modificazioni apportate al metodo primitivo di Péan come l'incisione mediana dell'utero senza emostasi preventiva, secondo Doyen, e la divisione mediana dell'utero secondo P. Müller. Nulla di meno, malgrado che il metodo di Péan e le sue modificazioni secondo Doyen abbiano trovato in Landau e nella sua scuola dei difensori infaticabili e dei brillanti successi, gli operatori tedeschi non praticano l'isterectomia vaginale e l'operazione radicale dalla vagina che eccezionalmente e raramente col metodo delle pinze, mentre che affrontano pure i casi i più difficili di suppurazioni pelviche dalla via addominale. Io arrivo a questa affermazione basandomi sulle indicazioni fornite da una sessantina di quistionari che ho inviati allo scopo d'informarmi, presso i ginecologi tedeschi, a quale delle due vie, addominale o vaginale, veniva data la preferenza. I 25 operatori seguenti non hanno fatto mai l'isterectomia vaginale pei casi di suppurazioni pelviche: Dohrn, Eckhard, Ehrendorf, Fehling, E. Fraenkel, Frommel, Gotschalk, Gräfe, Gusserow, Kehrer, Keller, Klein, Kümmell, Osterloh, Präger, Runge, Schramm (impiega di solito le pinze per l'isterectomia), Schuchardt, Simon, Staude, Stumpf, Walcher, Wiedow, von Winckel, Zweifel.

Tutti gli altri applicarono l'isterectomia vaginale eccezionalmente e quasi sempre col metodo delle legature, ciò che vuol dire che essi non hanno affrontato dalla via vaginale i casi più gravi, cioè quelli in cui non si può far senza le pinze. È così che alcuni dichiarano che essi non operano dalla vagina che i casi nei quali sono certi di non incontrare che poche o nessune aderenze; altri parlano soltanto di un caso o due. Infine alcuni lasciano supporre che così operarono delle affezioni croniche degli annessi, ma non allo stato di suppurazione.

Alcuni altri avendo cominciato con una salpingo-ooforectomia dalla via vaginale si videro costretti per terminare di estirpare l'utero.

I chirurgi seguenti operano unicamente col metodo delle legature: Asch (pochi casi), Bode, Czerny, Everke, von Erlach, Guenther, Kötschau, Leopold (il primo in Germania), A. Martin, Meinert, Hermann (1 caso), Schauta (ha impiegato le pinze semplicemente a titolo di prova), Thorn, Werth.

Hanno impiegato ora le pinze, ora le legature Baumm, Bumm, Hofmeier, Küstner, Prochownick, von Rosthorn, Wehmer. Tuttavia la maggior parte fra questi dà la preferenza alle legature. Solo Prochownick impiegò sopratutto le pinze nei casi d'affezioni suppurate.

Il sistema delle pinze sole è stato applicato da Czempin (dopo tre quarti dell'anno e solamente nei casi in cui si credeva di non incontrare delle forti aderenze intestinali), da Pfannestiel (2 casi), da Doederlein (4 casi, mentre che prima egli aveva operato 58 casi di salpingo-ooforectomia dalla via addominale).

Solamente 5 ginecologi hanno adottato ultimamente l'operazione radicale dalla

vagina: Bode, Bumm, Schauta, Döderlein e Werth e fra questi solo Döderlein ha impiegato unicamente le pinze nei suoi 4 casi. Bumm e Schauta avevano in vista l'estirpazione dell'utero affetto da gonorrea.

Dopo il mese di Novembre 1893, ho praticato io stesso 44 volte l'isterectomia vaginale e l'istero-salpingo-ooforectomia secondo il metodo di Péan o quello modificato da Doyen e secondo le indicazioni le più diverse; comprendendo pochissimi casi di suppurazioni pelviche o di affezioni croniche degli annessi. Ma ultimamente io sono ritornato all'impiego delle legature come ugualmente ha fatto Jacobs. Durante questo stesso periodo di tempo ho operati 36 casi di suppurazioni pelviche dalla via addominale, e tutte le mie ammalate sono guarite.

I principali appunti che si posson fare all'isterectomia vaginale e all'istero-salpingo-ooforectomia, sono i medesimi che precedentemente, vale a dire; cominciamento dell'operazione dall'utero e non dagli annessi ammalati; impossibilità di arrestare l'intervento operativo in un senso conservatore, l'investigazione del campo operativo non può esser fatta in modo completo, altri focolai purulenti (appendiciti) possono passare inosservati, impossibilità assoluta, in certi casi, di operare in modo radicale, pericolo di ferire gli organi vicini, specialmente l'intestino, pericolo di emorragia in causa di difetto delle pinze, ecc.

D'altra parte gli inconvenienti delle pinze sono i seguenti: la posizione disaggradevole dell'ammalata dopo l'operazione, l'emorragia consecutiva, le lesioni degli intestini, il pericolo d'infezione dal peduncolo affetto da necrosi e, innanzi tutto, manca inevitabilmente la chiusura della cavità addominale. Ciò nulla meno bisogna notare che quest'ultimo inconveniente non è veramente tale nei casi di suppurazioni pelviche, perchè la cavità del bacino è generalmente separata dalla cavità addominale generale e questa larga apertura della pelvi può a rigor di termine far parte del programma operatorio.

Nei casi di infezioni leggiere suppurate degli annessi, quando nel corso dell'operazione non si riscontra pus e in cui le sacche non si sono aperte, si può tranquillamente chiudere la cavità peritoneale. Dopo che Kaltenbach e Olshausen hanno introdotto questa chiusura nella pratica (vedere il discorso d'Olshausen al Congresso tedesco di Chirurgia del 1896), noi vi attacchiamo una grande importanza ed è la ragione principale per la quale i ginecologi tedeschi danno la preferenza ai metodi con le legature.

Non è la stessa cosa, allorchè l'operazione radicale dalla via vaginale è praticata come operazione di scelta per le suppurazioni gravi e bilaterali degli annessi o per gli ascessi pelvici complicati, poichè, in questi casi, il metodo delle pinze è certamente molto più facile e molto più comodo e diventa necessario di lasciare aperta la cavità pelvica.

A favore della conservazione della via addominale per queste operazioni, si può dire che la tecnica delle operazioni addominali s'è migliorata nello stesso

tempo che il loro pericolo è diminuito, e ciò per: *a)* l'impiego dell'asepsi; *b)* per la narcosi con l'etere; *c)* per la posizione elevata di Trendelenburg; *d)* per il drenaggio con la garza; *e)* per il miglioramento della chiusura dell'addome.

V. Sono queste stesse ragioni che facilitarono l'introduzione d'un intervento ancora più radicale che l'estirpazione vaginale, vale a dire, l'operazione radicale per via addominale. Essa rappresenta il *summum* dell'intervento radicale ed è basata da una parte sull'estirpazione totale dell'utero miomatoso (Bardenheuer, Martin, Krung, Polk, Penrose, Baldy e altri chirurgi, specialmente americani) dall'altra parte, sul fatto che dopo la salpingo-ooforectomia dalla via addominale, l'utero conserva i peduncoli, dando luogo le legature ad una serie di disturbi e di sintomi dolorosi, che possono richiedere una estirpazione consecutiva dell'utero per la via vaginale (Chroback, Schauta).

L'operazione è stata il più spesso eseguita da chirurgi americani (vedere la lista di *Clinton Cushing,* nel *Monatsschr. f. Gebh. u. Gyn.* I, 6).

Schauta al 6.° Congresso di ginecologia tedesca (Vienna 1895), riferisce 30 casi, con 2 casi di morte. In questi ultimi tempi egli pratica di nuovo l'operazione radicale vaginale (comunicazione di Wertheim al mio indirizzo). Risulta dalle risposte ottenute alle mie circolari che numerosi ginecologi tedeschi non eseguono che eccezionalmente e secondo indicazioni speciali la coelio-isterectomia sopravaginale, o la coelio-isterectomia totale per annessiti suppurate. Io stesso divido questo punto di vista.

L'operazione addominale, è stata fatta da Czempin (5 casi 3 †), Döderlein (2 casi), Everke (numerosi casi), v. Rosthorn. — Bardenheuer ha fatto pubblicare solo ultimamente dal suo assistente Bliesener, un lavoro molto voluminoso *(Monatschr. f. Gebh. u. Gyn.,* vol. III, 5, 6, vol. IV, 1), nel quale i diversi metodi operativi sono discussi in un modo molto completo; 40 operazioni con 2 casi di morte. Il numero delle operazioni ha attualmente raggiunto la cifra di 56 casi con 3 casi di morte, secondo le risposte alle mie circolari. Le particolarità tecniche del processo si riassumono nel fatto che gli annessi sono attaccati dalla via del foglietto anteriore del legamento largo, e in questa circostanza, un tramezzo peritoneale è formato dalla sutura dei resti del legamento largo dell'S iliaca, delle appendici epiploiche, così che la cavità pelvica si trova completamente isolata dalla grande cavità addominale. Si rinuncia *a priori* di chiudere l'apertura peritoneale, e le aderenze intestinali sono attribuite al fatto del tamponamento con la garza.

Le conseguenze dell'operazione di Bardenheuer, difficile e complicata, sono state quasi sempre molto lunghe. Il soggiorno dei malati all'Ospedale è stato di 10 $^1/_2$ settimane in media, e sovente si dovettero praticare gravi operazioni complementari.

L'operazione vaginale, forse meno radicale che il metodo addominale, è nulla-

meno di una esecuzione infinitamente più semplice e molto meno pericolosa: *essa dev'essere considerata come un'operazione di scelta.*

VI. La salpingo-ooforectomia bilaterale può essere combinata con un'altra operazione addominale radicale: *l'isterectomia sopravaginale* o *amputazione trasversale del corpo uterino.* È H. A. Kelly che ha il più spesso praticata questa operazione nei casi di annessite suppurata. Esistono inoltre dei casi di Bode, Pfannenstiel e miei. Grazie alla legatura continua secondo l'eccellente metodo di Zweifel, quest'operazione non costituisce gran che una complicazione, tanto più che semplifica la formazione del moncone dei legamenti larghi.

Tutte le volte che la conservazione non è indicata, la coelio-salpingo-ooforo-isterectomia sopravaginale sarà l'operazione radicale meno pericolosa. Si può pure farla conservando una parte delle ovaie (Zweifel).

VII. Questione del drenaggio.

Perchè è indispensabile nelle operazioni addominali.

Indicazioni.

1.° Tutte le volte che del pus virulento ha contaminato la mano dell'operatore o una regione intatta del ventre.

2.° Tutte le volte che l'emostasi non è perfetta, o che si è avuto in pari tempo scolo di pus virulento.

3.° In caso d'esistenza di fistola prima dell'operazione o di perforazione dell'intestino, sopraggiunta durante l'operazione, o a temere in seguito. Tutte le volte pure che con la sutura sono state cagionate fistole o perforazioni. Le fistole e le ferite intestinali non devono essere operate che con la coeliotomia. (Vedere Sanger, *Centralb. für Gyn.*, 1895, 47 e L. v. Dittel, *Centralb. für Gyn.*, 1896, 3). Dal punto di vista tecnico si darà la preferenza al drenaggio col tamponamento secondo Mickulicz.

Questo tamponamento è stato adottato da me dopo che ho abbandonato il drenaggio combinato col tamponamento e coi tubi di vetro (1892). Io l'ho eseguita 18 volte in 42 operazioni d'annessiti suppurate, con un caso di morte avvenuto immediatamente dopo l'operazione, e presentante condizioni particolarmente sfavorevoli.

Vantaggi e inconvenienti del drenaggio.

Che sia permesso di fare rimarcare a Bardenheuer-Bliesener che l'ostruzione intestinale non è mai stata osservata sia qui che in altri casi di drenaggio alla Mickulikz.

Il drenaggio addomino-vaginale con la garza, raccomandato inoltre da Döderlein,

non garantisce, nè lo scolo perfetto delle secrezioni, nè l'isolamento del resto della cavità addominale, a meno che un tramezzo peritoneale non sia stato stabilito disopra (von Ott, Zweifel e altri). Non è sufficiente in caso di ferita intestinale, perchè le materie fecali non escono che in capo a qualche giorno. Lo stabilire una apertura dalla vagina può presentare delle difficoltà nei casi di larghe aderenze intestinali nel fondo del Douglas.

Grazie al drenaggio alla Mickulicz, che Pozzi e altri hanno parimenti conservato, si può affrontare tutte le difficoltà di una operazione addominale, nè l'emorragia, nè lo scolo di pus, nè le lesioni accidentali, particolarmente quelle dell'intestino, non sono fatali. Si può sempre garantire la vita dell'ammalata salvo a condurre più tardi, senza grande difficoltà, la guarigione definitiva. Il tamponamento sopprime le inquietudini che deve provare colui che ha osato chiudere il ventre nei casi di questo genere.

VIII. Risultati.

Risultati personali. — Dopo l'ultima mia relazione (quinto Congresso di ginecologia tedesca a Breslau, 1893), ho praticata la coeliotomia in 36 casi di suppurazione pelvica grave. Una volta con estirpazione totale per via addominale, una volta con amputazione sopravaginale, 11 volte con drenaggio secondo il metodo di Mickulicz.

Tutte queste operate sono guarite (vedere i dettagli nella comunicazione principale).

Le risposte che io ho avute alle mie questioni sono troppo incomplete dal punto di vista dei risultati, per tenerne qui conto.

Le differenze numeriche che riguardano le diverse statistiche sono insignificanti, e noi reputiamo che la questione non può per il momento essere risoluta con una semplice statistica. Pubblicazioni sono state fatte in favore dell'isterectomia vaginale da Segond, Richelot, Terrier, Jacobs, L. Landau e da altri.

In favore della coelio-salpingo-ooforectomia da Chroback, Schauta, Zweifel, A. Martin, io stesso e da altri.

Per l'operazione radicale addominale da Clinton-Cushing, Bliesener; una statistica comparativa è dovuta a Max Landau (Clinica di Jacobs).

Una superiorità del processo vaginale sul metodo addominale (ad eccezione dell'operazione addominale radicale) non potrebbe essere dimostrata in alcun modo.

I risultati degli operatori i più felici, sono perfetti per i due metodi operatorii; essi presentano tuttavia una superiorità in favore dell'operazione addominale.

L. Landau su 109 operazioni radicali vaginali indica un caso di morte (Vienna 1895) (nella sua monografia la più recente non si trovano nuove statistiche); Zweifel per contro su 216 operazioni degli annessi dall'addome non ha avuto che due casi di morte. *(Ges. f. geb. zu. Leipzig,* Dic. 1885).

CONCLUSIONE.

I partigiani dei diversi metodi operativi dovrebbero cessare di vantare il loro, come il solo apprezzabile, o il migliore. Si tratta piuttosto di determinare per ciascun caso individuale quale dei metodi in questione offre i migliori vantaggi.

Che ciascuno, pur riconoscendo il valore di altri metodi operativi, procuri di perfezionare il suo, allora il progresso collettivo non farà difetto.

Non è più il tempo in cui un solo metodo oserebbe incettare la verità per sè stessa.

(*Continua*).

BIBLIOGRAFIA

DÜHRSSEN. — **Il taglio cesareo per la via vaginale.** Relazione di una isterectomia vaginale *post-partum.* — Berlin, S. Karger, 1896.

L'Autore si è fatto la convinzione (dopo un caso di vagino-fissazione eseguita da lui) che il parto spontaneo troverebbe delle difficoltà considerevoli nei casi di vagino-fissazione dell'utero, e fece partorire una donna (che aveva una vagino-fissazione uterina) prima che insorgesse il travaglio del parto, nel modo seguente:

La portio uterina fu afferrata lateralmente con due pinze di Muzeux (labbro ant. e labbro post.) e il segmento uterino inferiore fu tagliato sulla linea mediana (dopo scollata la vescica) così in alto finchè la borsa delle acque sporgeva ampiamente dall'incisione, facendo poi colare le acque. Eseguì poi il rivolgimento e l'estrazione del feto; in seguito le incisioni (dopo l'espulsione della placenta e tamponato con garza l'utero) furono ricucite. L'emorragia data da quelle incisioni si può frenare provvisoriamente fino al momento della sutura, applicando sul margine delle incisioni dei klemmer. Questo metodo di taglio cesareo è un'imitazione del metodo Czerny-Doyen della miotomia vaginale e Dührssen lo chiama taglio cesareo vaginale.

Questo taglio cesareo, che come tutte le operazioni vaginali è meno pericoloso che il taglio cesareo addominale, sarà secondo il Dührssen indicato in tutti i casi in cui non vi sarà una viziatura pelvica come indicazione del taglio cesareo, metodo che del resto è già stato preconizzato da Rübl (*Centralblatt f. Gynaek.*, 1896, N. 6).

In seguito Dührssen racconta un secondo caso di un parto in una donna nella quale egli aveva praticato la vagino-fissazione; egli non potè eseguire il rivolgimento; dovette fare la perforazione della volta cranica, ed eseguire l'amputazione sopravaginale dell'utero dalla via addominale per emorragia da inerzia.

In fine descrive un caso in cui, in causa di rottura d'utero, ha estirpato l'utero vuoto dalla via vaginale e ritiene che questa via sia quella giusta da seguirsi nei casi di rottura dell'utero. Insiste sulla facilità di estirpare l'utero di recente puerperale, osservazione che altri esperimenti hanno già accertato. CIOJA.

NECROLOGIO

Prof. MARIANO PANTALEO.

L'ostetricia italiana deve registrare un'altra perdita dolorosa, quella di Mariano Pantaleo, il Nestore della ostetricia italiana. E malgrado la sua età inoltrata, nulla faceva presagire la sua prossima fine, tanto egli era vegeto e robusto di corpo, alacre di mente. Professore emerito nella R. Università di Palermo, dove aveva insegnato ostetricia per quasi mezzo secolo, aveva appena raccolto, alla fine del Settembre del corrente anno, in un volume, quelli fra i suoi scritti, che a lui stesso sembravano modestamente non inutili alla clinica, e ne sono invece patrimonio utilissimo e testimonianza della sagacia dell'osservatore. Insegnante egregio e clinico provetto, la Clinica di Palermo ebbe da lui incremento e lustro, ed i suoi ultimi voti furono per il miglioramento progressivo di essa, per mezzo e per opera del suo successore. Dei suoi numerosi lavori, qui cito quelli che egli stesso volle riuniti e selezionati nel volume innanzi ricordato:

Rendiconto della Clinica ostetrica di Palermo dal 1851 al 1861.
Progetto di riforma degli studii ostetrici.
Considerazioni pratiche sul modo d'intervento ostetrico negli stringimenti medii della pelvi.
Parti prematuri artificiali ed embriotomie eseguite nella Clinica ostetrica di Palermo.
Sull'intervento ostetrico nelle stenosi della pelvi.
Sui fibromi interstiziali dell'utero e sul rovesciamento parziale di quest'organo dopo il parto.

La maggior parte de' suoi scritti appartiene al dominio dell'osservazione clinica, ma poichè l'osservazione fu acuta e coscienziosa, ancora oggi il cultore delle scienze ostetriche trova in essi utile e prezioso ammaestramento.

INDICE

MEMORIE ORIGINALI.

Acconci. — Della asepsi e della antisepsi nel parto . . . . . *Pag.* 1
Amadei. — Isterectomia cesarea totale vagino-addominale per carcinoma » 394
Bastianelli. — Resoconto di laparotomie e di operazioni ginecologiche . » 97
Bossi. — Utero atrofico e superinvoluzione uterina dopo il parto . . . » 29
—— A proposito di tumori ostruenti il canale pelvico durante il parto » 569
—— A proposito dei rapporti fra ovulazione e mestruazione . . . . » 688
—— Sulla degenerazione grassa dell'utero durante la gravidanza . . » 889
Brigidi. — Contributo alla spiegazione delle cisti ovariche intralegamentose » 177
Caliman Pavia. — Contributo all'etiologia, patogenesi e cura dell'osteomalacia puerperale 193, 291, 403
Clivio. — Di un parto distocico per stenosi cicatriziale della bocca uterina » 237
—— Contributo al trattamento retroperitoneale del peduncolo e all'uso del laccio elastico nelle miomotomie . . . . . » 825
Cocchi. — Contributo allo studio delle cause di morte del feto subito dopo il parto . . . . . » 497
Curàtulo e Tarulli. — Sulla secrezione interna delle ovaie . . . . » 737
Decio. — Di un taglio cesareo conservatore per eclampsia . . . . . » 53
—— Del parto forzato e del taglio ces. in gravida agonizzante 213, 314, 433, 542
—— Le ombre radiografiche di Röntgen . . . . . » 337
—— Per la statistica del taglio cesareo demolitore . . . . . » 895
Inverardi. — Sulla cura dell'eclampside . . . . . » 377
Mangiagalli. — Sul trattamento dell'eclampsia . . . . . » 641
Negri. — L'isteropessi studiata dal punto di vista ostetrico 460, 584
Palazzi. — Peritonite fetale . . . . . » 139
Pinzani. — L'ostetricia moderna ed il suo indirizzo . . . . . » 712
Resinelli. — Note batteriologiche su di un aborto per tifo addominale . » 695
Rocchini. — Di un caso di mancanza congenita dello sterno . . . . » 149
—— Un caso di gravidanza extrauterina addominale primitiva . . . » 577
Tridondani. — Tre gravidanze normali dopo nefrectomia . . . . . » 522
Truzzi. — Per la tecnica della isterectomia totale addomino-vaginale . » 18
Vicarelli. — Di un caso di espansione sacciforme della vena ombellicale » 153
Villa F. — Intorno al traumatismo degli organi genitali in gravidanza » 273

SOCIETÀ ED ACCADEMIE.

Crosti. — Contribuzione allo studio dell'aborto di origine ovulare . . *Pag.* 61

RASSEGNA.

Aczel. — Sopra un caso di tumore deciduale . . . . . *Pag* 487
Ahlfeld. — La diagnosi del bacino semplicemente piatto sulla vivente . » 419
Apfelstedt e Aschoff. — Sui tumori maligni dei villi coriali. . . . » 489
Apostoli. — Sulla elettricità come mezzo diagnostico in ginecologia . . » 163
Boari. — Rene mobile. Nefropexi . . . . . » 172
Boursier. — Sopra un caso d'enterocele vaginale posteriore . . . . » 563
Bovero. — Persistenza della vescicola ombellicale ecc. nel feto a termine » 80
Brindeau. — Due casi di distocia dovuti alla resistenza dell'orificio vagin. » 165
Broca. — Il prolasso dell'uretra nelle ragazzine . . . . . » 561
Calozzo. — Patogenesi della osteomalacia . . . . . » 494
Casati. — Taglio cesareo col metodo Porro per stenosi pelvica . . . » 171
Cazin. — Dei deciduomi maligni . . . . . » 491
Charrin e Gley. — Malformazioni congenite sperimentali . . . . . » 364
Coen. — La cura dell'eclampsia puerperale mercè le iniezioni endovenose di acqua salata . . . . . » 566
Cunnigham. — Metodo di preparare il catgut . . . . . » 169
Decio. — Sopra un caso di ematosalpinge ed ematometra per mancanza congenita della vagina . . . . . » 565
Donat. — La castrazione nell'osteomalacia . . . . . » 259
Doumer. — Influenza dell'elettricità statica sulla mestruazione . . . » 631
Emmerich e Zimmermann. — Sopra alcuni casi di cancro e di sarcomi curati col siero anticanceroso . . . . . » 426
Fabricius. — Sulle cisti della tuba, dell'utero e delle loro vicinanze . . » 631
Fargas. — Rendiconto della Clinica privata del dott. Fargas . . . . » 169
Fehling. — Sopra alcuni casi gravi di prolasso dell'utero e della vagina » 363
—— Esportazione totale di utero affetto da cancro del collo . . . . » 562
Fenomenoff. — La sutura delle fistole vescico-vaginali . . . . . » 629
Fiorentini. — Ricerche intorno alle alterazioni più comuni che determinano la sterilità nei bovini . . . . . » 882
Folet. — Gravidanza extrauterina gemellare, ritenzione per 15 anni d'un feto morto a termine . . . . . » 560
Freund. — Sul sarcoma deciduo-cellulare . . . . . » 488
Fuchs. — Un caso di gravidanza extrauterina, interessante per la migrazione esterna dell'uovo . . . . . » 264
Giglio. — Aborto trigemino monocorion . . . . . » 883
Girerd e Noir. — Sull'uso della cocaina come anestetico nella colpo-perineorafia . . . . . » 167
Gottschalk. — Nuovo contributo allo studio dei tumori maligni . . . » 484
Gottschalk e Immerwahr. — Intorno ai bacteri esistenti nel canal genitale della donna, nei loro rapporti coll'endometrite . . . . . » 632
Goubaroff. — Cura chirurgica del prolasso dell'utero e delle pareti vag. » 628
Gunsbourg. — Della stricnina come mezzo profilattico contro l'inerzia uter. » 428
Haerschelmann. — Respirazione artificiale col metodo Lahs . . . . » 732
Hegar. — Diagnosi della gravidanza nei suoi primi periodi . . . . » 78

Hervieux. — Immunità vaccinica endouterina . . . . . *Pag.* 566
Jacobs. — La collopexi ligamentaria nel prolasso uterino . . . . . » 564
Jaisolm. — Delle iniezioni intro-uretrali alcaline nella cura della blenorr. » 428
Jayle e Labbè. — Nefrotomia per anuria dovuta al cancro dell'utero . » 77
Jesset. — Cura dei miomi uterini complicanti la gravidanza . . . . » 423
Jouin. — Nuova terapeutica medica nei casi di fibromi uterini . . . » 168
Kleinwaechter. — Del prolasso della vescica femminile . . . . . » 880
Kossmann. — L'apertura della cavità addominale tra la vescica e l'utero » 257
Keilmann. — Placenta duplex ancora aderente alla parete uterina . . » 422
Laebinger. — Sull'idrocefalia dal punto di vista ostetrico . . . . . » 421
Larat e Gautier. — Cura dei vomiti col mezzo della elettricità . . . » 169
Lauwers. — Del trattamento intraperitoneale del peduncolo dopo l'isterectomia addominale per fibromi uterini . . . . . » 162
Leusden. — Contributo alla anatomia patologica della eclampsia puerperale » 261
Leyden. — Bacillo dello smegma e bacillo della tubercolosi . . . . » 629
Loehlein. — Emorragie delle cisti ovariche . . . . . » 630
Masè. — Un caso di enfisema sottocutaneo parziale . . . . . » 567
Michelini. — Rendiconto (1894) dell'Istituto di Maternità . . . . . » 166
Neumann. — Contributo allo studio del deciduoma maligno . . . . » 485
Nikiforow. — Sui così detti deciduomi maligni . . . . . » 732
Nisot. — Difterite vagino-uterina puerperale. Sieroterapia . . . . . » 561
Otto v. Franqué. — Di un tumore maligno del corion . . . . . » 730
Pasteau. — Complicazione post-operatoria dell'isterectomia vaginale totale » 167
Pestalozza. — Le indicazioni della isterectomia totale addominale . . » 76
Peters. — Contributo allo studio del bacino coxalgico . . . . . » 635
Picqué e Villar. — Mancanza della vagina. Vagina artificiale . . . . » 417
Placzek. — Paralisi di origine endo-uterina e cerebrale . . . . . » 732
Polimanti e Sapelli. — Sul ricambio materiale nella gravidanza . . . » 493
Prochownick. — Le iniezioni di morfina nella cura della gravid. extraut. . » 430
Queirel. — Nota sulla sinfisi del pube . . . . . » 77
Reineboth. — Iniezioni di siero Emmerich contro il cancro in un endotelioma » 258
Rendu. — Cisti dermoide del legamento largo . . . . . » 633
Richet e Hericourt. — Della sieroterapia nella cura del cancro . . . » 429
Ridgway. — Sulla cura dei dolori vulvari consecutivi al parto . . . » 429
Roncaglia. — Una parola in favore della operazione d'Alexander . . . » 563
Runge. — Un nuovo caso di tumore maligno dei villi coriali . . . . » 491
Saenger. — Concepimento per mezzo di un accessorio sbocco tubarico; taglio cesareo per una pregressa gravidanza extrauterina . . . . » 259
Schauta. — Operazione per occludere le fistole vescico-vaginali aderenti » 258
Schall. — Comunicazione sulla preparazione del siero anticanceroso. . » 417
Schultz. — Versione od applicazione alta del forcipe . . . . . » 881
See. — Studio batteriologico della blenorragia nella donna . . . . » 634
Segond. — Nuovo metodo operatorio per la riparazione delle fistole retto-vaginali . . . . . » 262
Spannocchi. — Ernia inguinale doppia. Prolasso dell'utero . . . . . » 171
Spinelli. — Carattere storico e scientifico della ginecologia contemporanea » 567
Theilhaber. — Rapporti fra la sindrome di Basedow e le malattie degli organi genitali femminili . . . . . » 81

Treub. — Sulla questione del trattamento del peduncolo nelle miomoisterectomie . . . . . *Pag.* 260
Vahle. — Le condizioni bacteriche della secrezione vaginale delle neonate » 421
Vicarelli. — Sulla esistenza dei trombi jalini nei vasi cerebrali del feto e della madre colpita dall'eclampsia puerperale . . . . . » 492
Villa F. — Vescico-fissazione uterina . . . . . » 75
Vinay. — Cura della setticemia puerperale collo siero antidifterico . . » 560
Wertheim. — Sulla possibilità e sul valore dell'esame microscopico del pus delle tumescenze infiammatorie degli annessi durante la laparotomia » 263

BIBLIOGRAFIA.

Abel. — La tecnica e la diagnostica microscopica nella pratica ginecologica per gli studenti e per i medici . . . . . *Pag.* 375
Cordaro. — Sul raschiamento uterino in ostetricia e ginecologia. . . » 823
Decio. — Rettificazioni storico-critiche intorno ad un autore della ostetricia italiana del secolo XVI . . . . . » 884
Duehrssen. — Il taglio cesareo per la via vaginale . . . . . » 930
Ferri. — Relazione clinica del lavoro eseguito dalla Guardia Ostetrica di Milano nel 1895 . . . . . » 824
Heisenhart. — Sui rapporti che passano tra le malattie interne e le malattie ginecologiche . . . . . » 432
Klein. — Die Gonorrhoe des Weibes . . . . . » 733
Knapp. — Klinische Beobachtungen über Eklampsie . . . . . » 735
Kossmann. — Die Gynaecologische Nomenclatur . . . . . » 734
Lefert. — La pratica ginecologica negli ospedali di Parigi . . . . » 173
Lutaud. — Manuale delle malattie delle donne . . . . . » 173
Neugebauer. — Sulle atresie e sui restringimenti congeniti e acquisti della vagina e sulla mancanza congenita della vagina . . . . . » 270
Pazzi. — Saggio bibliografico di ostetricia e ginecologia italiana dal 1870 al 1892 . . . . . » 824
Pinard e Wallich. — Traitement de l'infection puerpérale. . . . . » 637
Ribemont, Dessaignes et Lepage. — Précis d'obstétrique . . . . . » 496
Schaeffer. — Atlanti e manuali di medicina . . . . . » 431
Strassmann. — Schema per annotazione dei risultati degli esami ostetrici esterno ed interno . . . . . » 270
Villa. — I vizi di sviluppo dell'utero dal punto di vista ostetrico e ginecol. » 821
Zweifel. — Trattato di ostetricia per i medici e per gli studentl . . » 376
Winter. — Lehrbuch der Gynäkologischen Diagnostik . . . . . » 639

CONGRESSI.

Congresso di ostetricia e ginecologia di Bordeaux . . . . . *Pag.* 85
12.° Congresso Internazionale di Medicina. 373, 496
2.° Congresso della Società Italiana di ostetricia e ginecologia . 81, 265, 365
2.° Congresso internazionale di ostetricia e ginecologia. . . . 174, 869, 907

NOTIZIE.

Collegio dei Medici di Filadelfia — Premio di William Jenks . . . . *Pag.* 736
Corsi liberi durante le vacanze . . . . . » 636
Società italiana di ostetricia e ginecologia . . . . . » 735

CORRISPONDENZA.

Bossi. — A proposito delle rettifiche dei prof. Pestalozza e Acconci . . *Pag.* 92
—— Risposta alla rettifica del dott. Michelini . . . . . » 271
Michelini. — Rettifica al lavoro del prof. Bossi « Ancora della dilatazione del collo dell'utero in ostetricia » . . . . . » 176

COMUNICATO.

Comitato di propaganda per la riforma dell'art. 189 del Codice Civile in favore della ricerca della paternità . . . . . *Pag.* 885
Ospizio Provinciale degli Esposti e delle Partorienti in Milano . . . » 640

NECROLOGIO.

Prof. Giuseppe Madruzza . . . . . *Pag.* 888
Prof. Mariano Pantaleo . . . . . » 931

Prof. Luigi Mangiagalli, *Direttore responsabile.*

Milano — Tip. L. F. Cogliati, Via Pantano, 26.